



Universidade de Aveiro
2010

**Secção Autónoma de Ciências Sociais,
Jurídicas e Políticas**

**Mário Alexandre
Gonçalves Lopes**

**Estudo prospetivo do mercado de trabalho dos
fisioterapeutas até 2030**



Universidade de Aveiro
2010

Secção Autónoma de Ciências Sociais,
Jurídicas e Políticas

**Mário Alexandre
Gonçalves Lopes**

ESTUDO PROSPECTIVO DO MERCADO DE TRABALHO DOS FISIOTERAPEUTAS ATÉ 2030

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Políticas e Gestão do Ensino Superior, realizada sob orientação científica do Professor Doutor Eduardo Anselmo de Castro, Professor Associado do Departamento de Ambiente e Ordenamento da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha esposa e filho pela inspiração, incentivo e incansável apoio.

o júri

presidente

Prof. Doutor Rui Armando Gomes Santiago

Professor Associado da Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor João António Neves Gil

Professor Coordenador da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra do Instituto Politécnico de Coimbra

Prof. Doutor Eduardo Anselmo Moreira Fernandes de Castro

Professor Associado do Departamento de Ambiente e Ordenamento da Universidade de Aveiro.

agradecimentos

O horizonte temporal de construção desta dissertação permitiu a intervenção enriquecedora e inesquecível de diversas personalidades. Um especial agradecimento ao Professor Doutor João António Neves Gil, ao Professor Doutor James Stoves Taylor, à Professora Doutora Lurdes Machado Taylor, e ao Professor Doutor Eduardo Anselmo de Castro.

Um particular agradecimento pela sua disponibilidade e ajuda ao Mestre Pedro Pego, Professor Doutor José Martins, Mestre João Marques e Dr Pedro de Sá.

Não poderia deixar de também agradecer a todas as pessoas a nível nacional e internacional, que foram fundamentais para colmatar a dificuldade de acesso dos dados necessários para a realização deste estudo. De tantos que participaram nesta investigação, um especial agradecimento ao Dr Nuno Arraiolos, Dra. Rosa Ribeiro, D. Lucília Almeida, Rachel Moore, Gail Leach, Jennifer Baker, Sarah Miller, Wanda Sockwell, Roland Cramps, Birgit Rosblad, Danie Kotzé, Angelika Heck-Darabi e Tabasom Eftekari.

A todos que também colaboraram de uma ou outra forma, o meu muito obrigado.

palavras-chave

Fisioterapeutas, fisioterapia, consumo, oferta, procura, emprego, numerus clausus.

resumo

Esta dissertação foi elaborada no âmbito do Mestrado em Políticas e Gestão do Ensino Superior. O principal objectivo foi o de encontrar um método que permitisse prever a evolução ideal de oferta de fisioterapeutas que tivesse a máxima consonância com a procura, pois desconhece-se a relação entre a formação dos fisioterapeutas e a evolução de procura de fisioterapia.

De forma a colmatar a falta de dados em território nacional, recorreu-se a dados estatísticos disponíveis a nível internacional. Entende-se, pois, que a fisioterapia sendo transversal a nível internacional, que as necessidades da população, relativamente a cuidados de fisioterapia sejam semelhantes, apesar de reconhecer diferenças dada a diversidade existente entre os sistemas de saúde dos países que integram o estudo (Portugal, Nova Zelândia, Bélgica, Suécia, Estados Unidos da América, Reino Unido, Canadá, África do Sul e Alemanha).

A evolução da procura é aqui definida por uma função logística. A calibração da curva logística foi efectuada com base nos dados estatísticos dos países incluídos no estudo. Portanto, admite-se que a procura por ano e o número de fisioterapeutas, seguem uma curva logística que tende para um determinado valor de saturação. O número previsível de fisioterapeutas/habitante vai representar a procura.

Através dos rácios obtidos calculou-se o número de fisioterapeutas que se prevê serem necessários até 2030.

Com os dados resultantes calculou-se o número de vagas necessárias para atingir o equilíbrio entre a oferta e a procura prevista para a população. Estimou-se que o rácio de saturação para os países que integram este estudo é de 2,59 fisioterapeutas por 1000 habitantes.

Verificou-se que todos os países apresentam evoluções positivas porém a ritmos diferentes. Caso se mantenha o quadro actual do número de vagas 958 por ano, prevê-se um excesso “médio” de aproximadamente 500 graduados até 2030.

Os resultados obtidos apresentam um cenário pouco promissor para os fisioterapeutas. É de crucial importância o seguimento da evolução da situação pelas entidades competentes.

keywords

Physiotherapists, physiotherapy, supply, demand, employment, *numerus clausus*.

abstract

This dissertation was developed within the scope of the Masters Degree in Politics and Management of Higher Education. The main objective was to develop a method which permitted the projection of the ideal evolution of physiotherapist supply to satisfy demand. The relation between the formation of physiotherapists and the evolution of demand is unknown in Portugal.

In response to the lack of data in Portugal, the author turned to international data. Once physiotherapy has the same underlying principles, defined by the WCPT, its supposed, that physiotherapy serves the same needs in population of different countries, in despite of recognising the differences of the health systems of the countries included in this study (Portugal, New Zealand, Belgium, Sweden, United States of America, United Kingdom, Canada, South Africa and Germany).

The evolution of demand is defined here by a logistic function. The calibration of the logistic curve was made with the statistics of the countries included in this study. Therefore, it is admitted that the demand per year and the number of physiotherapists follow a logistic curve which aims at a determined saturation point. The projected ratio of physiotherapists per resident will represent demand.

Based on the projected ratios, the number of physiotherapists needed up to 2030 was calculated. With these results, the number of *numerus clausus* where calculated to achieve an equilibrium between demand and supply.

The saturation ratio of physiotherapists per 1000 residents calculated for the countries included in the study was of 2,59.

All countries present positive evolutions, although different speeds of evolution.

In Portugal, if the *numerus clausus* maintains at 958 per year, it's calculated a average oversupply of approximately 500 physiotherapist per year.

The results obtained, foresee a dark scenario for the employment of physiotherapists in Portugal. It is crucial to have the evolution of this situation monitorised by the competent entities.

Índice

I - Introdução	1
1.Enquadramento temático e enunciado do problema.....	2
2.Objectivos	5
3.Metodologia	6
4.Estrutura	6
II - Desenvolvimento do tema.....	8
1.Regulação da Fisioterapia.....	8
1.1.Breve resenha histórica da formação dos fisioterapeutas	8
1.2.Regulação do Exercício Profissional em Portugal	26
1.3.Regulação do Exercício Profissional no âmbito da União Europeia	36
2.Estudo quantitativo do mercado	40
2.1.Evolução do número de vagas no Ensino Superior	40
2.2.Desemprego e ofertas de emprego entre os diplomados do ensino superior	46
2.3.Emprego no espaço Europeu.....	62
2.4.O Perfil do utilizador de fisioterapia.....	69
2.5.Formação de recursos humanos na área das Tecnologias da Saúde	72
2.6.A Entidade Reguladora da Saúde	81
2.6.1.Prestação de Medicina Física e Reabilitação	83
2.6.2.Acessibilidade	85
2.7.Planificação de recursos humanos da saúde.....	88
3.Caracterização dos países integrados no estudo	102
3.1.Caracterização de Portugal.....	102
3.1.1.O Sistema de Saúde Português	103
3.2.Caracterização da Nova Zelândia	107
3.2.1.A Fisioterapia na Nova Zelândia.....	108
3.3.Caracterização do Reino Unido	111
3.3.1.A fisioterapia no Reino Unido	113
3.4.Caracterização da Suécia	118
3.4.1.A fisioterapia na Suécia	119
3.5.Caracterização dos Estados Unidos da América	123
3.5.1.A Fisioterapia nos Estados Unidos da América	124
3.6.Caracterização do Canadá.....	125
3.6.1.A Fisioterapia no Canadá	126
3.7.Caracterização da Bélgica.....	127
3.7.1.A Fisioterapia na Bélgica	128
3.8.Caracterização da Alemanha	130
3.8.1.A Fisioterapia na Alemanha.....	131

3.9.Caracterização da África do Sul	132
3.9.1.A Fisioterapia na África do Sul	133
III - Trabalho Empírico	135
1.Metodologia	135
1.1.Questão orientadora	135
1.2.Objectivos	135
1.3.Definições e a sua justificação	135
1.4.Hipóteses do estudo	141
1.5.Tipo de estudo e selecção da amostra	141
1.6.Instrumentos de recolha de dados	142
1.7.Operacionalização	143
2.Resultados	154
2.1.Definição da oferta	154
2.1.1.Número de vagas e número de graduados	154
2.1.2.Número de fisioterapeutas existentes em Portugal e estrutura etária	156
2.1.3.Desemprego dos fisioterapeutas	158
2.1.4.Reformas dos fisioterapeutas estimadas por ano	158
2.1.5.Operacionalização da fórmula da oferta	160
2.2.Definição da procura	161
2.2.1.Identificação do número de fisioterapeutas por ano a nível internacional	161
2.2.2.Identificação do número de fisioterapeutas por ano a nível internacional	161
2.3.Conceptualização do modelo	163
2.3.1.Cálculo do rácio de saturação (ϕ_s)	163
2.3.2.Operacionalização do modelo de previsão	163
2.3.3.Cálculo do número de fisioterapeutas previstos serem necessários	165
2.4.Caracterização da intensidade de uso por grupos etários da população utente do serviço de fisioterapia	170
2.4.1.Mediadoras de cuidados de saúde	170
2.4.2.Hospitais privados	170
2.4.3.Clínicas	171
2.4.4.Hospitais públicos	172
i.Localização das instituições	172
ii.Selecção dos grupos etários e agrupamento dos dados	173
iii.Apresentação dos resultados	175
iv.Utentes de fisioterapia e consumo de técnicas por grupos etários total	188
v.Apresentação gráfica dos resultados das instituições comparadas com a população nacional	191
vi.Cálculo dos rácios de consumo de fisioterapia por grupos etários total e das necessidades estimadas de fisioterapeutas	193

vii.Caracterização demográfica das regiões por NUTS II e III e estabelecimento dos rácios e necessidades de fisioterapeutas regionais	195
viii.Caracterização das variações demográficas regionais por NUTS II e III de 2010 a 2030 e respectiva projecção das necessidades de fisioterapeutas	203
ix.Localização geográfica das necessidades regionais por NUTS II e III e comparação com a localização da oferta de vagas para o curso de fisioterapia	208
2.5.Estabelecimento de séries temporais de oferta e de procura para definição do equilíbrio	212
3.Conclusão	220
4.Limitações do estudo	224
Referências Bibliográficas	226
Legislação de Referência	244
APÊNDICES	255
ANEXOS	277

Índice de quadros

Quadro 1 - Composição da rede de ensino superior politécnico.	19
Quadro 2 - Pedidos de reconhecimento das qualificações profissionais de fisioterapeutas estrangeiros para exercício profissional em Portugal (2001 a 2006).	39
Quadro 3 - Vagas para cursos de formação inicial do ensino superior por subsistema de ensino - 1995 a 2007.	41
Quadro 4 - Evolução do número de vagas por tipo de tutela, de 1998 a 2006.	42
Quadro 5 - Evolução do número de vagas por tipo de ensino, de 1998 a 2006 (e restantes anos).	42
Quadro 6 - Estudantes inscritos no ensino superior: ensino público e privado em 2007.	42
Quadro 7 - Estudantes inscritos no ensino superior: ensino universitário e ensino politécnico.	43
Quadro 8 - Evolução do número de vagas por área científica, de 1998 a 2006.	43
Quadro 9 - Número de vagas por NUTS II e área científica, em 1998 e 2006.	44
Quadro 10 - Vagas e inscritos no 1.º ano pela 1.ª vez por Área de educação e formação, de 2000-2001 a 2007-2008.	45
Quadro 11 - Estudantes inscritos no ensino superior por níveis de ensino.	46
Quadro 12 - Desempregados por NUTS II, Dezembro de 2008 (Continente).	50
Quadro 13 - Desempregados por tempo de inscrição, Dezembro de 2008 (Continente).	51
Quadro 14 - Desempregados por grupo etário, Dezembro de 2008 (Continente).	52
Quadro 15 - Desempregados por género, Dezembro de 2008 (Continente).	52
Quadro 16 - Desempregados com habilitação superior por áreas de estudo e situação de procura de emprego, Dezembro de 2007 e Dezembro de 2008 (Continente).	55
Quadro 17 - Desempregados com habilitação superior por áreas de estudo e grupo etário, Dezembro de 2008 (Continente).	56
Quadro 18 - Desempregados, com par estabelecimento/curso e ano de conclusão do curso, por subsistema de ensino, Dezembro de 2008 e diplomados de 1997-1998 a 2006-2007 (Continente).	57
Quadro 19 - Relação entre desempregados, com par estabelecimento/curso e ano de conclusão do curso de 1998 a 2008 (Dezembro de 2008) e diplomados de 1997-1998 a 2006-2007 (Continente).	58
Quadro 20 - Ofertas de Emprego recebidas por Profissão (Movimento ao longo do ano).	59
Quadro 21 - Estrutura das Ofertas de Emprego recebidas por Profissão, segundo a Região (Movimento ao longo do ano).	60
Quadro 22 - Estrutura do movimento ao longo do ano por profissão.	61
Quadro 23 - Número de fisioterapeutas desempregados por semestre.	62
Quadro 24 - Número relativo de fisioterapeutas entre a totalidade dos profissionais de saúde desempregados por semestre.	62
Quadro 25 - Percentagem dos trabalhadores móveis dentre da Europa do 15, empregos por actividade económica (por cada 1000 empregados por actividade).	66

Quadro 26 - Estudantes inscritos no ensino superior com idades entre 18 e 24 anos.	67
Quadro 27 - Rácios 2 e 3ª fase (07-07-2009).	71
Quadro 28 - Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica; habitantes/TDT - Europa (1996).	76
Quadro 29 - Recursos humanos em serviços de MFR.	85
Quadro 30 - Estrutura organizacional dos serviços de MFR (número de serviços de cada dimensão).	85
Quadro 31 - Aspectos laborais e profissionais de uma política de recursos humanos.	92
Quadro 32 - Profissões das tecnologias da saúde no Reino Unido “Medical Support Specialisms.	113
Quadro 33 - Profissões reguladas pelo “Health Professions Council”.	114
Quadro 34 - Número de vagas para o curso de 1994/95 a 2009/10.	155
Quadro 35 - Número de graduados de 1995/96 a 2007/8.	156
Quadro 36 - N.º de vagas por ano lectivo e respectivo cálculo dos “graduados estimados”. .	157
Quadro 37 - Número de cédulas profissionais emitidas por ano acumuladas.	158
Quadro 38 - Número de desempregados por semestre de 2007 a 2009.	159
Quadro 39 - Quadro 39 - N.º de vagas por ano, graduados estimados e previsão do número de reformados por ano.	160
Quadro 40 - N.º de vagas, graduados estimados, previsão do número de reformados e oferta de graduados e de fisioterapeutas por ano.	161
Quadro 41 - Cálculos efectuados com dados obtidos para Portugal.	163
Quadro 42 - Resultados das rectas calculadas para cada país que integram o estudo	164
Quadro 43 - Cálculo do rácio fisioterapeutas/1000 habitantes para os países integrados no estudo.	165
Quadro 44 - Número de fisioterapeutas previstos pelo modelo Portugal de 2010 a 2030.	167
Quadro 45 - Número de fisioterapeutas previstos pelo modelo para os países que integram o estudo.	168
Quadro 46 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Peroneo Centro Terapêutico Lda (Arazede e Anadia) por grupo etário.	172
Quadro 47 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Peroneo Centro Terapêutico Lda (Arazede e Anadia) por grupo etário (por ciclos de vida).	172
Quadro 48 - Resumo das respostas obtidas das mediadoras de cuidados de saúde, hospitais privados e clínicas.	172
Quadro 49 - Resumo das respostas obtidas das instituições públicas.	173
Quadro 50 - Número de técnicas consumidas no Hospital de S. Marcos por grupo etário.	176
Quadro 51 - Número de técnicas consumidas Hospital de S. Marcos por grupo etário (por ciclos de vida).	176
Quadro 52 - Número de técnicas consumidas no Hospital de Guimarães por grupo etário. ..	177
Quadro 53 - Número de técnicas consumidas no Hospital de Guimarães por grupo etário (por ciclos de vida).	177
Quadro 54 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Fafe por grupo etário.	177

Quadro 55 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Fafe por grupo etário (por ciclos de vida).	177
Quadro 56 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário. ...	178
Quadro 57 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário (por ciclos de vida).	178
Quadro 58 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário. ...	178
Quadro 59 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário (por ciclos de vida).	178
Quadro 60 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Centro Hospitalar de Vila Nova de gaia/Espinho por grupo etário.	179
Quadro 61 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Centro Hospitalar de Vila Nova de gaia/Espinho por grupo etário (por ciclos de vida).	179
Quadro 62 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital de Aveiro por grupo etário.	180
Quadro 63 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital de Aveiro por grupo etário (por ciclos de vida).	180
Quadro 64 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital de Águeda por grupo etário.	181
Quadro 65 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital de Águeda por grupo etário (por ciclos de vida).	181
Quadro 66 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no CMRRC Rovisco Pais por grupo etário.	182
Quadro 67- Número de utentes que efectuaram fisioterapia no CMRRC Rovisco Pais por grupo etário (por ciclos de vida).	182
Quadro 68 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário. ...	183
Quadro 69 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário (por ciclos de vida).	183
Quadro 70 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia nos Hospitais da Universidade de Coimbra por grupo etário.	183
Quadro 71- Número de utentes que efectuaram fisioterapia nos Hospitais da Universidade de Coimbra por grupo etário (por ciclos de vida).	183
Quadro 72 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital de Aveiro por grupo etário.	184
Quadro 73 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia nos Hospitais da Universidade de Coimbra por grupo etário (por ciclos de vida).	184
Quadro 74 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário. ...	185
Quadro 75 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário (por ciclos de vida).	185
Quadro 76 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital Distrital de Santarém por grupo etário.	186

Quadro 77 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital Distrital de Santarém por grupo etário (por ciclos de vida).	186
Quadro 78 - Número de técnicas consumidas na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo por grupo etário.	187
Quadro 79 - Número de técnicas consumidas na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo por grupo etário (por ciclos de vida).	187
Quadro 80 - Número de técnicas consumidas no Centro Hospitalar Barlavento Algarvio por grupo etário.	188
Quadro 81 - Número de técnicas consumidas Centro Hospitalar Barlavento Algarvio por grupo etário (por ciclos de vida).	188
Quadro 82 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Centro Hospitalar Barlavento Algarvio por grupo etário.	188
Quadro 83 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Centro Hospitalar Barlavento Algarvio por grupo etário (por ciclos de vida).	188
Quadro 84 - Total de utentes por grupo etário que frequentaram os serviços de fisioterapia.	189
Quadro 85 - Total de utentes por grupo etário que frequentaram os serviços de fisioterapia (por ciclos de vida).	189
Quadro 86 - Número de técnicas total consumidas por grupo etário.	190
Quadro 87 - Número de técnicas total consumidas por grupo etário (por ciclos de vida).	190
Quadro 88 - Cálculo dos rácios utentes/técnica e técnicas/utente.	191
Quadro 89 - Cálculo dos rácios utentes/técnica e técnicas/utente.	191
Quadro 90 - Cálculo do rácio fisioterapeutas por habitante para Portugal (continente e regiões autónomas).	194
Quadro 91 - Números relativos da população média anual residente por grupo etário (por ciclos de vida) em 2007 por NUTS III.	197
Quadro 92 - Proporção da população nacional por grupos etários em 2007 por NUTS II.	199
Quadro 93 - Fisioterapeutas estimados por grupos etários, por NUTS III, em 2007.	200
Quadro 94 - Fisioterapeutas estimados por grupos etários, por NUTS II, em 2007.	201
Quadro 95 - Fisioterapeutas estimados por grupos etários e NUTS II e III e proporção em 2007.	202
Quadro 96 - Rácio fisioterapeutas por 100 000 habitantes estimado por NUTS III para Portugal em 2007.	203
Quadro 97 - Rácios por grupos etários por NUTS II.	204
Quadro 98 - Instituições que administram o curso superior de fisioterapia por Local do estabelecimento e vagas em 2009/10 com somatório de vagas por NUTS III.	210
Quadro 99 - Instituições que administram o curso superior de fisioterapia por Local do estabelecimento e vagas em 2009/10 com somatório de vagas por NUTS II.	211
Quadro 100 - População total, instituições que administram o curso superior de fisioterapia por Localização geográfica e vagas em 2009/10 com somatório de vagas por NUTS II.	212
Quadro 101 - Cenário 1: Manutenção do número de vagas de 2009/10.	214

Quadro 102 - N.º de vagas por ano, cédulas profissionais emitidas e graduados previstos com previsão do número de reformados e desemprego efectivo por ano.	215
Quadro 103 - Excesso de fisioterapeutas previsto com cenário 1.	216
Quadro 104 - Cenário 2: Regulação do número de vagas baseada no modelo de previsão. .	218
Quadro 105 - Cenário 3: Aplicação da função “smooth”.	219
Quadro 106 - Cenário 4 – “Compromisso” com os estabelecimentos de ensino e os fisioterapeutas.	221

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Número de fisioterapeutas desempregados por semestre (Dez. 2007 a Jun. 2009) 3	
Gráfico 2 - Contributos para a taxa de variação homóloga da população activa no 4º trimestre de 2008.	47
Gráfico 3 - Contributos para a taxa de variação homóloga da população empregada no 4º trimestre de 2008.	48
Gráfico 4 - Desempregados inscritos nos centros de emprego por meses e níveis de ensino, Janeiro de 2004 a Dezembro de 2008 (Portugal).	50
Gráfico 5 - Variação (%) do número de desempregados com habilitação superior por NUTS II, Dezembro de 2007 e de 2008 (Continente).	53
Gráfico 6 - Variação (%) do número de desempregados com habilitação superior por tempo de inscrição, Dezembro de 2007 e de 2008 (Continente).	54
Gráfico 7 - Variação (%) do número de desempregados com habilitação superior por grupo	
Gráfico 8 - Taxas de emprego gerais dos Estados Membros para 2000 e 2007.	64
Gráfico 9 - Distribuição por grupos etários da população activa e dos trabalhadores móveis em 2007.	65
Gráfico 10 - Percentagem da população com idades entre os 15 e 34 anos que trabalham fora do seu país de origem dentro da União Europeia 2004-20.	65
Gráfico 11- Tendências nos níveis de emprego no sector dos serviços até 2015, EU-25.	68
Gráfico 12 - Rectas representativas dos países.	151
Gráfico 13 - Número de Fisioterapeutas registados até 1.1.2009 por grupos etários.	158
Gráfico 14 - Representação dos rácios (fisioterapeutas/1000 habitantes) dos países.	164
Gráfico 15 - Previsão internacional do desenvolvimento do rácio por fisioterapeutas/1000 habitantes para os países integrados no estudo de até 2030.	166
Gráfico 16 - Número de fisioterapeutas previstos pelo modelo para todos os países incluídos no estudo de 2010 a 2030.	169
Gráfico 17 - Rácios fisioterapeutas por 1000 habitantes “reais” a nível internacional.	170

Gráfico 18 - Rácio fisioterapeutas por 1000 habitantes em 2010, 2020 e 2030 dos países incluídos no estudo.	170
Gráfico 19 - Comparação dos números relativos dos grupos etários da população no continente com os utentes que utilizaram serviços de fisioterapia em 2007.	192
Gráfico 20 - Comparação dos números relativos dos grupos etários da população no continente com a intensidade de consumo de técnicas de fisioterapia dos utentes que utilizaram o serviços de fisioterapia em 2007.	193
Gráfico 21 - Comparação dos números relativos dos grupos etários da população no continente com os utentes que utilizaram o serviços de fisioterapia e a sua intensidade do consumo de técnicas de fisioterapia em 2007.	194
Gráfico 22 - Número de fisioterapeutas estimados por grupo etário para Portugal em 2007.	195
Gráfico 23 - Rácio fisioterapeutas por 10 000 habitantes para Portugal em 2007.	195
Gráfico 24 - Percentagem da população nacional com mais de 65 anos em 2007 hierarquizada por NUTS III.	198
Gráfico 25 - Proporção da população nacional com mais de 65 anos em 2007 hierarquizada por NUTS II.	199
Gráfico 26 - Evolução do grupo etário “mais de 65 anos” de 2010 a 2030 por NUTS III.	205
Gráfico 27 - Evolução do grupo etário (mais de 65 anos) de 2010 a 2030 por NUTS II.	206
Gráfico 28 - Variação das necessidades de fisioterapeutas pelas alterações demográficas por grupos etários de 2010 a 2030 por NUTS III.	207
Gráfico 29 - Variação das necessidades de fisioterapeutas pelas alterações demográficas por grupos etários de 2010 a 2030 por NUTS II.	208
Gráfico 30 - Variação total das necessidades de fisioterapeutas pelas alterações demográficas por grupos etários de 2010 a 2030 para Portugal.	208
Gráfico 31 - Evolução do número de vagas de 1994/95 a 2009/10.	209
Gráfico 32 - Número de desempregados por ano tendo em conta o congelamento das vagas desde 2009/10.	217

Índice de figuras

Figura 1 - Distribuição da rede de ensino superior público politécnico em Portugal.	20
Figura 2 - Distribuição da rede das escolas superiores de saúde que ministram o curso de Fisioterapia em Portugal por NUTS III.	21
Figura 3 - Serviços de MFR em Portugal Continental.	84
Figura 4 - Áreas geográficas a menos de 30 minutos de um serviço de MFR regulado pela ERS.	87
Figura 5 - Entradas (E_t) e saídas (R_t) de fisioterapeutas no sistema.	136
Figura 6 - Curvas de procura.	138

Abreviaturas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
 ADSE - Direcção-geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
 AEMR - Académie Européenne de Médecine de Réadaptation
 AGCAS - Association of Graduate Careers Advisory Services
 AMWAC - Australian Medical Workforce Committee
 APF - Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
 APMF - Associação Portuguesa de Médicos Fisiatras
 APTA - American Physical Therapy Association
 ARS - Administração Regional de Saúde
 AS - África do Sul
 AVDs - Actividades da Vida Diária
 AVC - Acidente Vascular Cerebral
 BE - Bélgica
 BSc Hons - Bachelor of Science with Honours
 CA - Canadá
 CAESP - Conselho de Avaliação do Ensino Superior Politécnico
 CAPB - Comissão de Acompanhamento do Processo de Bolonha
 CAPR - Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators
 CCE - Comissão das Comunidades Europeias
 CCEA - Curso Complementar de Ensino e Administração
 CEDEFOP - European Centre for the Development of Vocational Training
 CEE - Comunidade Económica Europeia
 CESE - Cursos de Estudos Superiores Especializados
 CIHI - Canadian Institute for Health Information
 CPLF EU - Comité Permanente de Ligação dos Fisioterapeutas da União Europeia
 CSP - Chartered Society for Physiotherapy
 D - Procura
 DALY - Disability-Adjusted Life-Years
 DE - Alemanha
 DESE - Diplomas de Estudos Superiores Especializados
 DGES - Direcção Geral do Ensino Superior
 DMRS - Departamento de Modernização dos Recursos Humanos da Saúde
 DPT - Clinical Doctorate

ECTS - European Credit Transfer System
 EEE - Estratégia Europeia de Emprego
 EPE - Entidade Pública Empresarial
 EUA - Estados Unidos da América
 ERA - Escola de Reabilitação do Alcoitão
 ERS - Entidade Reguladora da Saúde
 ES - Ensino Superior (verificar início no texto)
 ESP - Ensino Superior Politécnico
 ESTSL- Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa
 ESSA - Escola Superior de Saúde de Alcoitão
 ESTS - Escola Superior de Tecnologias da Saúde
 ETSS - Escola Técnica dos Serviços de Saúde
 Ft - Fisioterapeuta
 GPEARI - Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais
 Hale - Healthy Life Expectancy
 HECSU - Higher Education Careers Services Unit-
 HPBB - Health Personnel Database
 HPCSA - Health Professions Council of South Africa
 IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional
 INE - Instituto Nacional de Estatística
 IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
 LSR - Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
 LFS - Labour Force Survey
 MCD - Meios Complementares de Diagnóstico
 MCES - Ministério da Ciência e Ensino Superior
 MCTES - Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
 MSc - Masters Degree
 NBHW - National Board of Health and Welfare
 NHS - National Health System
 NZ - Nova Zelândia
 OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
 OCES - Observatório da Ciência e do Ensino Superior
 OECD - Organization for Economic Co-operation and Development
 OMS - Organização Mundial de Saúde
 OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
 PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
 PBNZ - Physiotherapy Board of New Zealand

PIB - Produto Interno Bruto

PRODEP - Programa de Desenvolvimento Educativo para Portugal

PTDB - The Physiotherapist Database

RHA - Regional Health Authorities

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RU - Reino Unido

S - Oferta

SA - Sociedade Anónima

SASP - South African Society of Physiotherapy

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SE - Suécia

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPA - Sector Público Administrativo

SPMFR - Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação

SRER - Sistema de Registo de Entidades Reguladas

TDT - Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

UE - União Europeia

UEMS - Union Européenne des Médecins Spécialistes

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (

WCPT - World Confederation for Physical Therapy

WCPT - AR -World Confederation for Physical Therapy – Região Africana

WCPT - ER - World Confederation for Physical Therapy – Região Europeia

WHO - World Health Organization

I - Introdução

Este estudo versa sobre a análise prospectiva do mercado de trabalho dos fisioterapeutas até 2030, tema de preocupação para os recém-formados dos cursos de fisioterapia e a generalidade dos *stakeholders*.

O interesse do autor no tema surge com a percepção do aumento da procura pela comunidade de serviços de saúde, designadamente relacionados com a área de intervenção da Fisioterapia. A colaboração com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro para o curso de Fisioterapia motivou o aprofundamento do conhecimento de distintos temas, entre os quais alguns se pretendem tratar aqui: a evolução da formação dos fisioterapeutas e a regulação do exercício profissional; o *numerus clausus*; o do mercado de trabalho nacional dos fisioterapeutas, e sua empregabilidade internacional. A possibilidade de aprofundamento dos temas de interesse do autor fundamenta a opção pelo Mestrado em Políticas e Gestão do Ensino Superior.

Apesar de não ser o único trabalho de natureza semelhante na área das tecnologias da saúde¹, considera-se necessário maior aprofundamento do tema, especificamente na área da fisioterapia, de forma a evitar desequilíbrios entre a procura e a oferta. A questão principal que se coloca quando surge um desequilíbrio é duração do respectivo ajuste. No caso de recursos humanos da saúde, a oferta é condicionada pela duração dos cursos. Portanto as respostas a necessidades actuais são penalizadas em pelo menos quatro² anos se não forem de alguma forma previstas ou antecipadas. A oferta de fisioterapeutas pode ser regulada. A fisioterapia é um serviço que pode ser quantificado, dado que tem sido alvo de controlo em estudos relacionados com a planificação de recursos humanos em diversos países. Surge esse interesse em território nacional.

O fundamento desta dissertação assenta na definição da melhor série temporal de oferta de fisioterapeutas que represente o ideal de ajustamento da satisfação das necessidades de cuidados de fisioterapia da população portuguesa. Logo, pretende-se desenvolver um modelo de previsão que seja capaz de prever a procura de forma a se poder ajustar a oferta. Para o efeito, iremos recorrer a dados estatísticos disponíveis a

1 Amaral (2001). “Plano Estratégico de formação para as áreas da Saúde” e Amaral (2002). “Proposta de plano estratégico: tecnologias da saúde”

2 Em Portugal, onde o curso base confere grau licenciado (1º ciclo). Em países como os EUA, a maioria dos cursos base conferem grau mestre (*masters degree* - MSc) e doutor (*clinical doctorate* - DPT).

nível internacional, de forma a colmatar a falta de dados em território nacional. Assim, pretende-se estimar a evolução da procura em Portugal, tendo como base alguns países que podem representar uma antevisão da evolução de necessidades de fisioterapia em Portugal.

1. Enquadramento temático e enunciado do problema

O número de vagas no Ensino Superior, o número de diplomados e também o desemprego, têm sido acompanhados pelo Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais (GPEARI) do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (MCTES). Estas estatísticas são publicadas desde 2004³, e 2007⁴, e tem sido fundamentais para verificar a oferta de cursos com o respectivo número de vagas, assim como o estado de empregabilidade dos diplomados. No entanto desconhece-se a relação entre a formação destes profissionais e a evolução da procura de fisioterapia.

O “Plano Estratégico de formação para as áreas da Saúde” respeitante às Tecnologias da Saúde, (Amaral, 2001), revelava um crescimento abrupto da oferta de cursos de fisioterapia já em 2001. Para que pudesse haver a absorção por parte do mercado de trabalho dos novos profissionais, Amaral sugeriu em 2001, a contenção da abertura de novos cursos até 2005. Esta indicação tinha o intuito de verificar a capacidade do mercado de trabalho. Ainda acautelou o desenvolvimento da oferta, especificamente em relação ao ensino privado e cooperativo, de forma a não debilitar o mercado de trabalho na área das tecnologias da saúde. É ao ensino privado e cooperativo que se deve o maior incremento do número de vagas oferecidas nos últimos dez anos. No entanto, o número de vagas para acesso ao curso de Fisioterapia tem tido um aumento constante.

Relativamente ao desemprego, entre Dezembro 2007 e Junho 2009 existiam respectivamente 219 e 269 fisioterapeutas registados no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), o que representa uma taxa de desemprego de 4,38% e 5,38%⁵, respectivamente. Valores ainda abaixo da taxa de desemprego geral nos períodos homólogos, que foram de 7,8% (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2008)

3 Publicações relativas ao número de vagas e diplomados.

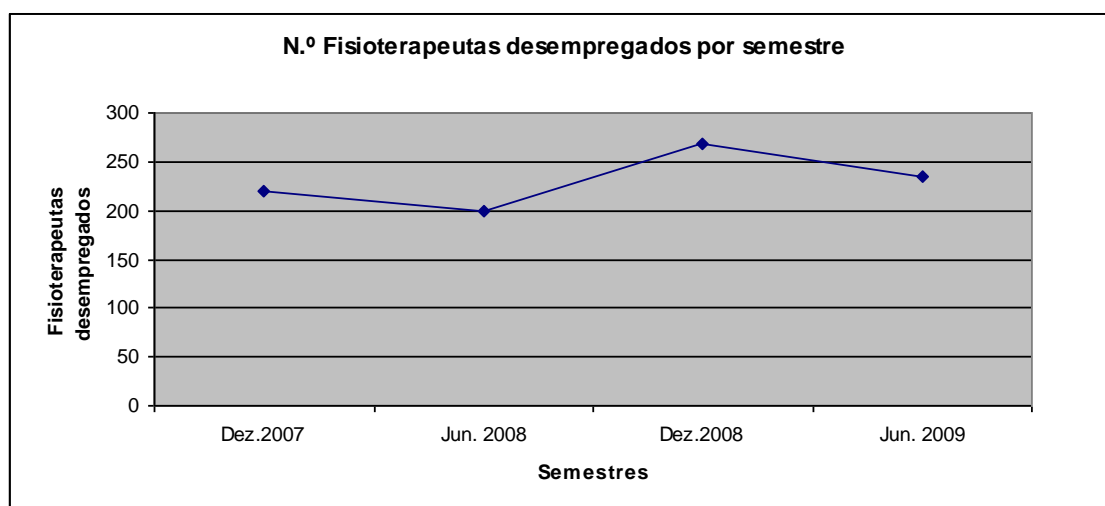
4 Publicações relativas ao emprego dos diplomados (OCES, 2004).

5 Baseado no número total de fisioterapeutas estimado de 5000.

e 9,1% (INE, 2009), respectivamente. Verificamos porém, que a representatividade dos fisioterapeutas perante os restantes profissionais de saúde⁶ que se encontram na condição de desemprego é bastante superior, encontrando-se entre 11,74% e 13,23%, respectivamente (GPEARI/MCTES, 2008; 2008b; 2009; 2009b). A existência de prática inqualificada de fisioterapia não só dificulta a entrada de profissionais devidamente habilitados mas também coloca em questão a garantia da qualidade de prestação desse serviço de saúde, essencial para a segurança da população.

Assim, a falta de equilíbrio entre oferta e procura poderá levar ao desemprego acentuado desta classe profissional caso a oferta seja superior à procura; por outro lado, a falta de oferta, poderá levar a dificuldades no acesso dos portugueses a cuidados de fisioterapia. Mediante a incerteza justifica-se a necessidade de planificar os recursos humanos necessários para satisfazer as necessidades da população.

Gráfico 1 - Número de fisioterapeutas desempregados por semestre (Dez. 2007 a Jun. 2009).



Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2008, 2009 in GPEARI/MCTES, 2008; 2008b; 2009; 2009b).

Segundo Amaral (2001:51) “As previsões para o sector dos *Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT)* são bastante complexas, quer devido à grande diversidade dos cursos (18 especializações até à data), quer devido à dificuldade de obtenção de dados confiáveis. Acresce que a nível internacional também não existem estatísticas suficientes e, quando existem, revelam muitas vezes realidades extremamente diversas entre países.” Refere também que a contínua solicitação de criação de novos cursos e novas escolas, requer o estabelecimento de critérios de selecção mais rigorosos, sugerindo uma aposta na acreditação. O mesmo autor refere

⁶ Entre 18 profissões das tecnologias da saúde, médicos e enfermeiros.

ainda que deverá haver algum critério na tomada de decisão sobre a abertura de novos estabelecimentos e novos cursos, enfatizando que em algumas áreas, a oferta poderá cobrir ou mesmo ultrapassar a médio prazo, as necessidades de mercado do trabalho. É fundamental a existência de mecanismos de previsão de necessidades nas diferentes áreas profissionais, de forma a antever possíveis cenários de excesso de oferta ou de falta de profissionais.

No âmbito do planeamento ou previsão das necessidades de serviços de fisioterapia, é adequado conhecer o perfil do utilizador de fisioterapia, integrado no cenário actual de consumo. Não existem dados publicados relativos ao perfil do utilizador de fisioterapia nem referente à caracterização do consumo do serviço a nível nacional. A nível internacional, parece repetir-se o mesmo panorama pois não foi possível aceder a nenhum estudo nem a dados não publicados relacionados com o tema⁷.

Os documentos nacionais observados que abordam serviços onde é integrada a fisioterapia, apontam para os idosos como os mais necessitados. Com o previsto e anunciado envelhecimento da população, estes documentos perspectivam um aumento da necessidade destes cuidados de saúde, porém sem abordarem números concretos.

A escassez de dados em Portugal desperta a necessidade de procurar dados a nível de outros países que possam ter comportamentos semelhantes, dentro e fora da União Europeia. Para o efeito, consultaram-se os países membros da *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) que se distribuem pelos 5 continentes. A insuficiente existência de publicações dentro e fora do âmbito da WCPT obrigou ao estabelecimento de contacto directo com as associações profissionais de cada país. Dos 100 países consultados, 8 distribuídos por 4 continentes (Europa, América do Norte, África e Ásia) cumpriram os critérios de inclusão no estudo⁸.

Para estimar a necessidade de fisioterapeutas ponderada com o envelhecimento da população, que é o segundo objectivo deste estudo, recorreu-se ao contacto directo com os prestadores de fisioterapia, obtendo-se um perfil de consumo da população portuguesa. O estudo da estrutura etária relacionada com o consumo de fisioterapia das instituições incluídas no estudo, permitiu a projecção das necessidades de fisioterapeutas para 2030.

7 O resultado de várias pesquisas resultou na identificação de um quadro que apresentava a utilização das diferentes valências de fisioterapia em percentagem em relação ao total, sem identificar a idade dos utentes.

8 Excluindo Portugal.

Tendo em conta os problemas apresentados pretende-se encontrar um modelo capaz de prever as necessidades de fisioterapia para o futuro e consequentemente a necessidade de fisioterapeutas.

Segundo a Comissão das Comunidades Europeias (CCE, 2008b) e o *European Centre for the Development of Vocational Training*⁹ (CEDEFOP, 2008), qualquer exercício de previsão tem limitações, como se verificou com a crise financeira imprevista do segundo semestre de 2008. No entanto, as nações e muitas instituições dedicam cada vez mais fundos a estas actividades pois são de valor inegável. Mesmo considerando, que apesar das mudanças tecnológicas que possam ocorrer daqui a dez anos serem inimagináveis hoje, uma previsão poderá dar uma indicação das tendências gerais. Prevendo possíveis alterações dos empregos dos cidadãos europeus num horizonte de dez anos e, reconhecendo as limitações, podem-se evitar problemas de maiores dimensões, permitindo uma planificação e desenvolvimento de estratégias de forma a facilitar respostas políticas. No caso da saúde, apesar do rápido desenvolvimento tecnológico, a necessidade de mão-de-obra qualificada dos profissionais de saúde é indispensável. Por vezes ainda surge a necessidade de criar mais uma área na saúde, desenvolvendo a necessidade de especialização de mais mão-de-obra (CCE, 2008b; CEDEFOP, 2008).

Relativamente à fisioterapia em si, a tendência parece ser a especialização em áreas de intervenção tais como: desporto; saúde da mulher; meio aquático; envelhecimento; cárdio-respiratória e terapia manual¹⁰. Também, apesar do constante desenvolvimento de novas metodologias de tratamento, estas são na sua esmagadora maioria de terapia manual, havendo sempre a necessidade de ser um fisioterapeuta a executá-las. Considera-se assim, que o desenvolvimento tecnológico poderá não limitar a necessidade de recursos humanos na saúde.

2. Objectivos

Pretende-se encontrar um modelo que permita prever a evolução ideal de oferta de fisioterapeutas que tenha a máxima consonância com a procura.

9 Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional.

10 Ver grupos de interesse www.apfisisio.pt

Outro objectivo é tentar perceber até que ponto é que o envelhecimento da população provoca alterações da procura de fisioterapeutas.

3. Metodologia

O modelo de decisão para o número de fisioterapeutas que é necessário formar é formulado recorrendo ao equilíbrio entre a oferta (S_t) e a procura (D_t). Pretende-se estabelecer séries temporais de oferta e procura para comparação, pois entende-se que deva haver ajustamento entre o número de fisioterapeutas empregados e as necessidades da população.

Portanto, tenciona-se definir a série temporal da oferta, que traduz a estimativa da evolução da oferta ao longo do tempo. Assim, a oferta é representada pelo número de fisioterapeutas existentes em exercício.

Por outro lado, admite-se que a evolução da procura dos serviços de fisioterapia segue uma curva logística que tende para um determinado valor de saturação. Assim sendo, vai-se utilizar os dados resultantes dos países que integram o estudo para os extrapolar para a previsão do futuro em Portugal. Assim sendo, o número previsível de fisioterapeutas/habitante vai representar a procura.

Para elaboração deste trabalho foi consultada a dissertação de mestrado de PEGO P., (2005) “Análise prospectiva do mercado de trabalho dos educadores de infância e dos professores de ensino básico e secundário até 2020”.

4. Estrutura

O desenvolvimento do tema da dissertação é constituído por três capítulos:

O primeiro capítulo é dedicado à fisioterapia. O conhecimento do passado do ensino da fisioterapia e da regulação profissional é fundamental para se poder fazer a previsão da sua evolução no futuro. Assim, no primeiro ponto deste capítulo apresenta-se uma breve resenha histórica da formação dos fisioterapeutas até à data, abordando a sua história, a sua integração no ensino oficial e posteriormente no ensino superior. O segundo e o terceiro ponto abordam respectivamente a regulação profissional, em território nacional e na União Europeia.

No capítulo seguinte apresenta-se o estudo quantitativo do mercado. A primeira parte do capítulo, subdividida em quatro pontos, aborda os números existentes até 2009 relativos à formação dos recursos humanos em fisioterapia, a evolução dos *numerus clausus* desde a integração do curso no ensino superior, o desemprego em Portugal e o emprego no espaço europeu. A segunda parte deste capítulo, subdividida também em quatro pontos, procura abordar o perfil do utilizador de fisioterapia, a formação de recursos humanos na área das tecnologias da saúde, a prestação e acessibilidade a serviços de fisioterapia e, por último, a planificação dos recursos humanos na saúde, procurando estudar a oferta e a procura em fisioterapia.

O terceiro capítulo é dedicado à caracterização dos países integrados no estudo. Inicia-se este capítulo com a caracterização de Portugal, abordando de forma sucinta a estatística genérica de 2007 e o sistema de saúde Português. Os restantes países são também caracterizados de forma sucinta, fazendo referência a dados relativos a 2007. A segunda parte da caracterização de cada país relaciona-se especificamente com a fisioterapia, a formação, exercício profissional, empregabilidade e, quando possível, uma breve alusão às particularidades de cada sistema de saúde.

A metodologia do trabalho empírico, desenvolve a conceptualização do modelo prospectivo das necessidades de formação de recursos humanos especializados para a saúde. O modelo de decisão para a necessidade de formação de fisioterapeutas é formulado com a ponderação entre a oferta e a procura. A procura apresenta-se sob duas perspectivas, baseando-se em rácios “fisioterapeutas por habitante” internacionais e em dados de intensidade de consumo nacionais. Após a operacionalização do modelo, com a antevisão das necessidades proposta, pretende-se constituir diversos cenários, tendo em conta o panorama presente e a aplicação de medidas de política educativa, de saúde e também de índole profissional¹¹ nos próximos 20 anos. Para finalizar este capítulo, considerando-se os dados de intensidade de consumo nacionais, pretende-se avaliar o impacto das alterações sócio-demográficas da população, especificamente o envelhecimento, na previsão dos recursos humanos na área da fisioterapia.

11 Previsão de aprovação de ordem de direito público.

II - Desenvolvimento do tema

1. Regulação da Fisioterapia

1.1. Breve resenha histórica da formação dos fisioterapeutas

A formação de fisioterapeutas integra-se na carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), actualmente conjunta com mais dezassete profissões regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 320/99 de 11 de Agosto, evidenciando grandes alterações, “desde os primeiros registos históricos em 1901” (Lopes, 2004:24). Este registo refere-se à criação de um “Laboratório de Analyse Clínica” no Hospital Real de S. José, pelo Diário do Governo n.º293 de 26 de Dezembro de 1901, onde se faz referência a uma Secção designada por Electro-diagnóstico e Electroterapia (Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - ESTSL, 2004; Correia, 2006; Oliveira, S/d). Em 1918 com a reorganização dos Hospitais Cívicos de Lisboa foram criados os Serviços de Agentes Físicos, onde esteve patente o serviço de fisioterapia. Nestas Instituições de Saúde Pública, este novo serviço destinava-se ao diagnóstico, tratamento e reconstituição funcional e estética. O fisioterapeuta enquadrava-se no pessoal auxiliar sendo designado como Ajudante Técnico. Esta designação oficializou-se em 1931. A carreira dos Ajudantes Técnicos foi desenhada pelo Decreto-Lei n.º28794 de 1 de Julho de 1938. Segundo Oliveira, (S/d), nesta carreira distinguiam-se as seguintes categorias:

- Médicos Fisioterapeutas;
- Ajudantes Técnicos da Fisioterapia;
- Segundos Ajudantes Técnicos da Fisioterapia e;
- Barbeiros.

Estas profissões nasceram dentro das próprias instituições hospitalares. Recrutados entre as enfermeiras e entre os serventes com alguma experiência profissional hospitalar, surgem, a partir da segunda metade do século XIX, os primeiros profissionais a quem os médicos delegam a execução de tarefas das mais diversas áreas da saúde (Lobato, 2001).

Em 1951/52 foi criado o serviço de Fisioterapia no Hospital de S. João de Deus por Almeida de Sá (Oliveira, S/d). Esta referência não consta no sítio da internet deste hospital. A sua inauguração foi em 1950 sendo designado na altura por Hospital Infantil de S. João de Deus. Referem que a nível nacional não existe nenhuma instituição hospitalar com as seguintes valências integradas: ginásio; electroterapia;

hidroterapia/piscina e oficinas ortopédicas para produção e manutenção de próteses, ortóteses e calçado ortopédico¹².

No caso dos “fisioterapeutas”, o primeiro registo de formação data de 1957 e refere-se aos “Cursos de Reabilitação” instituídos pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), que no seu início tiveram a designação de “Cursos de Agentes Técnicos”. A coordenação era de Miss Anne Cepik, uma fisioterapeuta americana. Destaque-se também, na Portaria 14416 de 9 de Junho de 1953, a criação de “Cursos Especiais de Ajudantes de Técnicos de Fisioterapia”, com a duração de um ano, na Escola de Enfermagem Artur Ravara, em Lisboa (Lopes, 1994). Segundo Lopes (1994), esta poderá ser a primeira referência de formação de natureza escolar. Esta escola, inicialmente designada “Escola de Enfermeiros do Hospital de S.José” é considerada pioneira na formação de enfermeiros em Portugal (Carrondo, 2006).

Porém, foi a partir da segunda metade do século XX, com o desenvolvimento científico e tecnológico, que se verificou a aplicação progressiva de diversas tecnologias à medicina, dando origem às actuais profissões que integram a classe dos TDTs. Subjacente ao desenvolvimento das técnicas médicas registadas após a 2ª Guerra Mundial, os hospitais centrais e outros estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde e Assistência, sentiram a necessidade de uniformizar o nível mínimo de recrutamento e preparação dos candidatos às actividades profissionais deste domínio (Lopes, 1994; Lobato, 2001).

A regulamentação para esta linha de formação surge pela Portaria 18523 de 12 de Junho de 1961, que traça pela primeira vez um sistema de formação. E complementada pela Portaria n.º 19397 de 20 de Setembro de 1962. Surgem então os primeiros Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos do Ministério da Saúde e da Assistência, sendo estabelecidos no ano seguinte dois níveis de formação:

Grupo I - Técnicos Auxiliares;

Grupo II – Técnicos.

O curso de Técnicos Auxiliares consistia em seis meses de formação, seguidos de três meses de estágio. A habilitação literária exigida era o quarto ano de escolaridade. O curso de Técnicos, era instituído com um ano de formação, seguido de três meses de estágio. O requisito literário necessário para o acesso era o 5º ano do liceu¹³, ou equivalente. Esta linha de formação tinha um modelo baseado no pressuposto da

12 Ordem Hospitaleira de S. João de Deus <http://www.isjd.pt/hospital.montemor/site.html>

13 Actual nono ano de escolaridade.

formação de nível secundário, técnico-profissional (Lopes, 1994; Lobato, 2001; Conselho de Avaliação do Ensino Superior Politécnico - CAESP, 2005).

Através destes registos, verificou-se que estas escolas funcionavam junto a hospitais centrais locais, com autonomia técnica e administrativa, com direcção própria, sustentando um regular funcionamento de cariz pedagógico, nomeadamente através de conselhos escolares com professores e monitores próprios. Nessas instituições eram ministrados cursos de formação básica, de especialização, de aperfeiçoamento e de actualização (Lobato, 2001). Verifica-se já a importância atribuída à formação contínua, ou à aprendizagem ao longo da vida, defendida pela *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) referindo que o ensino/educação na fisioterapia é contínuo desde o ingresso no curso numa instituição acreditada, acabando na data da reforma do exercício profissional (WCPT, 2003). Na mediática Declaração de Bolonha (1999) e, posteriormente, no Comunicado de Praga em 2001, também é dada ênfase a nível Europeu ao conceito de aprendizagem ao longo da vida. Sintetizando, dominava uma perspectiva de formação em serviço até à década de 80 que, progressivamente, foi evoluindo, em ritmos diferentes, para uma formação em escola, dependendo das particularidades de cada uma das três Escolas Técnicas de Serviços de Saúde (Lopes, 1994 e CAESP, 2005).

Também no início da década de 60, assiste-se à criação das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar (Decreto 45541 de 23 de Janeiro de 1964 do Ministério do Ultramar), a funcionarem com carácter permanente em todas as províncias ultramarinas (como por exemplo, Angola, Moçambique e Macau) regulamentadas pelo Decreto n.º 45818, publicado a 15 de Julho, de 1964. Exigia-se a posse do curso complementar do liceu como habilitações mínimas para acesso a cursos como o de fisioterapia que tinham a duração de 3 anos. Após a revolução de 1974, com o processo de descolonização, esta linha de formação desapareceu. A maioria destes profissionais foi integrada nos serviços públicos ao abrigo da Portaria 439/75 de 17 de Julho, por equiparação aos cursos da Portaria 18523 de 12 de Junho de 1961 (Lopes, 1994).

Em 1966, através da Portaria n.º 22034 de 4 de Junho de 1966, é criada a Escola de Reabilitação do Alcoitão (ERA) no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão da SCML, com a finalidade de ministrar cursos de pessoal técnico de reabilitação, nomeadamente fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala. Surge em simultâneo, com esta portaria, o título profissional “fisioterapeuta”. Este grupo de profissionais foi assumido como o **grupo III**, a acrescentar aos definidos para os Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos do Ministério da Saúde e da Assistência (criados pela Portaria n.º 18523 de 12 de Junho de 1961).

Esta escola, apesar de assistir à sua criação legal em 1966, encontrou as suas raízes no final dos anos 50, e já requeria a conclusão do 7º ano do liceu¹⁴ como requisito de acesso. Assim surge uma segunda linha de formação, paralela ao nível hospitalar público dos “técnicos e auxiliares dos serviços clínicos”, regulamentada pela Portaria 22034 de 4 de Junho de 1966. Esta portaria indica a exigência do antigo 7º ano do Liceu, como habilitação mínima para acesso aos cursos. Esta linha de formação teve desde o seu início uma perspectiva de ensino escolar, com corpo docente próprio, formado nos Estados Unidos, assegurada pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF). Esta linha correspondia a um perfil de formação de um profissional com capacidade de se integrar em diversos tipos de equipas de saúde. Tendo em conta que desde 1966, a formação era de nível pós-secundário, várias tentativas foram feitas desde 1974 para a sua integração no ensino superior (Lopes, 1994).

Resumindo, a nível estatal formavam-se auxiliares de fisioterapia e técnicos de fisioterapia, enquanto que a nível particular/privado formavam-se fisioterapeutas, com exigências de acesso ao curso, equiparadas às exigidas ao acesso ao ensino superior universitário.

Decorrente desta apreciação, Lobato (2001), sustenta que a formação académica da fisioterapia desponha de uma forma desconcentrada, produzindo concludentemente, níveis heterogéneos de quadros de referência na mesma área profissional. Porém, deste processo, não deixa de transparecer uma fértil e promotora busca de identidade, que se estendeu até aos finais da década de 70. Esta preocupação de mudança do ensino nesta área, encontra-se expressa na “Carreira dos Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica” de 1978, ao indicar a necessidade de reorganização deste ensino e ao definir a duração dos cursos num mínimo de 5 semestres.

Na transição da década de 70 para a década de 80, o governo verificou uma grande discrepância entre a produção de um número elevado de licenciados e as verdadeiras necessidades do país (Amaral, *et al.*, 2002). Assim, fruto de profundas mudanças operadas ao nível das políticas da saúde e do ensino, com a criação do ensino superior de curta duração de orientação vocacional, pelo Decreto-Lei n.º 427-B/77 de 14 de Outubro de 1977, e com base na evolução da ciência e da tecnologia, dão-se alguns passos indicadores da necessidade de reestruturação do ensino na saúde (Lobato, 2001; Arroiteia, 2004).

14 O que representa 11º ano actual.

Sendo assim, para avaliar a integração de algumas profissões da área da saúde no ensino superior de curta duração, o Ministério da Educação convidou em 1979, um perito britânico, o Prof. J. McKie, de que resultou o relatório McKie “*Report on visit to Lisbon arranged by the British Council at request of the Ministry of Education and Culture, to investigate aspects of the education and training of paramedical technicians*”. O relatório concluiu a necessidade de implementar um tipo de ensino superior à semelhança dos moldes internacionais. O tipo de ensino aconselhado seria o adoptado pela Escola de Reabilitação de Alcoitão. Este relatório salientava ainda a necessidade do ensino ser orientado para uma vertente académica e não para o mero treino técnico, de forma a permitir equidade com os congéneres europeus, permitindo uma preparação para adaptação às constantes mudanças tecnológicas e do mercado laboral (Vital *et al.*, 2006). Deste relatório resultou o despacho de 1979 publicado no Diário da Republica n.º 277, de 30 de Novembro, do Secretário de Estado da Saúde e do Ensino Superior, determinando a criação de um grupo de trabalho, com a missão de apresentarem estudos sobre:

- As condições de reconversão das escolas de enfermagem em escolas superiores de enfermagem;
- A viabilidade da reconversão dos cursos da Escola de Reabilitação do Alcoitão em cursos de Ensino Superior (ES) de curta duração;
- A viabilidade de criação de escolas superiores de saúde em Lisboa e no Porto, no âmbito do ES de curta duração; e
- O modelo de formação dos futuros docentes das escolas superiores de enfermagem e eventuais escolas superiores de saúde (Lobato, 2001).

Os resultados deste grupo de trabalho nunca chegaram a ser conhecidos (Vital *et al.*, 2006).

Para Stoer (1986, *cit in* Amaral *et al.*, 2002), a Lei n.º 61/78 foi determinante para o ensino politécnico, considerado como ensino “intermédio” com características de ES, reconhecendo os graduados como “graduados de ensino superior” e acrescentando-lhe a capacidade de investigação aplicada. Não se pode deixar de salientar a importância deste sub-sistema de ensino para o desenvolvimento económico do país e a sua necessidade de aproximação aos padrões europeus. Segundo Stoer (1986, *cit in* Magalhães, 2004), o objectivo político era de aumento da intervenção destas instituições na sociedade e na sua actividade científica, através da sua requalificação.

Um ano depois, o Ensino Superior Politécnico (ESP) foi criado pelo Decreto-Lei 513-T/79, de 26 de Dezembro em 1979 e Decreto-Lei 513-L1/79, de 27 de Dezembro em 1979. O primeiro decreto-lei determina a rede de estabelecimentos de ensino superior politécnico; o subsequente enuncia o regime de instalação dos estabelecimentos deste sub-sistema de ensino (Arroteia, 2004). Considerado inicialmente como ensino superior de curta duração, não foi criado sem oposição. Para alguns sectores, foi compreendido como uma re-encenação do já existente nível de ensino intermédio, interpretado do ponto de vista social como uma desvalorização do ensino superior. Porém, compreendendo o problema económico com que se deparava o país, as directivas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a importância crescente dada ao conhecimento e a incapacidade da universidade responder a todos estes requisitos, este tipo de ensino tornou-se numa realidade incontornável (Seixas, 2003; Arroteia, 2004; Magalhães, 2004; Eurydice, 2005).

Dada a insatisfação da não integração do ensino dos fisioterapeutas no ESP, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) e suas congéneres de Terapia da Fala e Terapia Ocupacional fizeram ouvir as suas contestações. Tendo em conta a insatisfação destes grupos profissionais, o Ministro dos Assuntos Sociais determinou a suspensão da formação dos fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala nos Centros de Formação, através do Despacho n.º59/80 de 31 de Dezembro. Porém, o despacho não chegou a produzir efeitos, dado o falecimento do Primeiro Ministro, o que provocou uma remodelação governamental (Vital *et al.*, 2006).

Segundo Lopes (2004), a década de 80 foi decisiva, pois permitiu a revisão das estruturas do ensino, consolidando o ensino da fisioterapia na área das tecnologias da saúde. No início da década, a Portaria n.º 709/80¹⁵, de 23 de Setembro cria os Centros de Formação de Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, em Lisboa, Porto e Coimbra. Dois anos depois, estes centros de formação deram origem às Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde (ETSS) em Lisboa, Porto e Coimbra, como refere o Artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 371/82, de 10 de Setembro.

A este grupo de escolas junta-se a Escola de Reabilitação do Alcoitão (já sob a tutela do Ministério dos Assuntos Sociais desde 1975, formando uma rede de escolas a quem “(...) *competirá desenvolver actividades relacionadas com a formação e aperfeiçoamento do pessoal técnico auxiliar dos serviços de saúde*” (Artigo 2.º do

15 Reestrutura os centros de formação previstos nas Portarias n.ºs18523, de Junho de 1961, e 19397, de 20 de Setembro de 1962.

Decreto-Lei n.º 371/82:2719). Nestas escolas, o primeiro ano era constituído por um tronco comum de saberes para todas as áreas de diagnóstico e terapêutica. O segundo ano incidia numa formação específica e, finalmente, o terceiro ano destinava-se ao estágio (Santos, 2000). Mesmo assim, nenhuma escola optou por seguir o plano de estudos publicado, sendo cada plano adaptado ao corpo docente de cada escola e à sua visão do ideal de formação de um fisioterapeuta (Lopes, 1994). O acesso aos cursos aí ministrados, obrigava à posse do 9º ano como habilitações literárias mínimas, preferencialmente o 11º ano e ainda, a provas eliminatórias de selecção de candidatos (Santos, 2000).

O primeiro plano de estudos foi publicado a 16 de Fevereiro 1983, (Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 13 de Janeiro de 1983, publicado no Diário da República n.º 38, de 16 de Fevereiro de 1983). Note-se que, desde 1977, os planos de estudos de cada instituição eram internos. Em 1986 é publicado o regulamento das escolas, no qual se exige o 12º ano para acesso aos cursos, devendo estes apresentar uma duração mínima de 3000 horas de formação. É ainda este regulamento, publicado na Portaria n.º 549/86 de 24 de Setembro, que cria e regula o Curso Complementar de Ensino e Administração, como curso de pós-graduação, com a duração de um ano, curso este que funcionou até 1993 (Lopes, 1994; Lopes, 2004).

Relativamente à formação pós-básica, podemos situar o seu início em 1986 com a criação do Curso Complementar de Ensino e Administração, cujo objectivo era fundamentalmente preparar técnicos qualificados para o desempenho das funções de chefia e ensino, sendo um dos requisitos necessários para a progressão profissional na Administração Pública. Posteriormente, o curso complementar de ensino e administração foi transformado em Diplomas de Estudos Superiores Especializados (DESE) que, segundo o artigo 13 da Lei de Base do Sistema Educativo n.º 46/86 de 14 de Outubro, era equiparado/equivalente ao grau de Licenciado (Lopes, 1994).

No ano do início da formação pós-básica para a Fisioterapia e para as outras áreas das Tecnologias da Saúde, Portugal aderiu à Comunidade Económica Europeia (CEE). Portugal beneficiou de um fundo de pré-acesso à CEE e mais tarde de fundos estruturais para o desenvolvimento do sistema educativo¹⁶. Estes fundos foram reunidos num programa especial para o desenvolvimento do sistema educativo, nomeado Programa de Desenvolvimento Educativo para Portugal (PRODEP) em 1990 (Eurydice, 2005). Estes fundos, oriundos da União Europeia (I Quadro Comunitário de

16 O apoio financeiro ao ESP no fim da década de 70 e no início da década de 80 deu-se através da recorrência a empréstimos do Banco Mundial (Eurydice, 2005).

Apoio até ao III Quadro Comunitário de Apoio) findaram no ano de 2004, coincidindo com o fim do regime de instalação das escolas.

Em 1990, foram publicados novos planos de estudo dos cursos ministrados pelas 4 escolas, que constituíram *“a base de implementação do inovador modelo pedagógico, centrado na interdisciplinaridade e no aprofundamento dos saberes próprios das profissões das tecnologias da saúde”* (Despacho n.º 18/90, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República n.º 208, de 8 de Setembro de 1990). Segundo Lopes (2004:25), *“este despacho resulta de um trabalho desenvolvido sob a égide do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, realizado a partir de 1988 e que culminou em Abril de 1991, com a publicação de um relatório que constitui em si mesmo um marco de reflexão sobre o ensino neste domínio, e é um documento essencial para a compreensão global (passado e futuro) do desenvolvimento das profissões de diagnóstico e terapêutica do nosso país”*. Assiste-se assim, ao primeiro recrutamento de docentes oriundos da carreira dos TDT, a tempo integral, nas escolas técnicas (Lobato, 2001). No mesmo ano, foi concedida a autonomia às instituições do politécnico, pela Lei 54/90 de 5 de Setembro, dois anos depois da autonomia dada às universidades, porém em menor grau. A autonomia foi facilitada pela disponibilidade de recursos financeiros da *European Regional Development Fund* e do *European Social Fund*, que co-financiavam o PRODEP.

Desde 1992 que a formação em fisioterapia reunia condições para a sua integração no sistema educativo nacional. Os cursos apresentavam uma duração de 3 anos, com uma carga horária de 3000 horas, com planos de estudo inspirados num modelo curricular de ensino de nível superior, correspondendo ao nível de bacharel. O requisito literário de acesso aos cursos era o 12º ano de escolaridade, finalizando com a abertura do curso de pós-graduação de forma a poder fazer a equiparação ao nível de licenciatura. A concretização dá-se nos finais do ano de 1993 com o Decreto-Lei n.º 415/93 de 23 de Dezembro, integrando as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde (ETSS) no sistema educativo nacional passando à actual designação como estabelecimento de ensino superior (Lopes, 1994; CAESP, 2005). Saliente-se o atraso de Portugal em relação a alguns países de referência para a fisioterapia. No Reino Unido o curso de fisioterapia, foi integrado no ensino superior em 1978 e nos Estados Unidos em 1957 (Borba, 2005).

Com a transição das ETSS para Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde (ESTeS) em 1993, o ensino das tecnologias da saúde é finalmente integrado no sistema educativo nacional, reconhecido ao nível do ESP, concedendo o grau de bacharel e ficando na dependência de dupla tutela, Saúde e Educação. A cargo do Ministério da Educação ficaram as questões técnico-científicas estando a gestão

administrativa ao cuidado do Ministério da Saúde. É de registar a introdução, pela primeira vez, da designação de *tecnologias da saúde*, à caracterização do conjunto das áreas de saber das correspondentes profissões. A Escola de Reabilitação de Alcoitão foi integrada no sistema educativo nacional em 1994, também ao nível do ESP, passando a designar-se Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA), regressando à tutela da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (e do Ministério da Educação) e assumindo um estatuto de escola do sector privado e cooperativo (Lopes, 1994).

Citando o 1º e 4º parágrafo do preâmbulo do Decreto-Lei n.º415/93:7136:

“Ao desenvolvimento e evolução das tecnologias da saúde, atenta à necessidade de melhorar os padrões de qualidade das prestações de saúde, têm-se associado modelos compatíveis de formação de profissionais de saúde”

“A evolução verificada neste âmbito, quer a nível nacional, quer a nível internacional, nomeadamente no âmbito da Comunidade Europeia, justifica plenamente a integração da formação na área das tecnologias da saúde no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico, o que se caracteriza neste diploma.”

A criação dos cursos superiores de bacharelato, a respectiva regulamentação e a aprovação de novos planos de estudos dos cursos superiores ocorreu no ano lectivo de 1994/95. No mesmo ano, deu-se o próximo passo na evolução formativa da fisioterapia e dos restantes cursos, com a criação dos Cursos de Estudos Superiores Especializados (CESE) em Ensino e Administração. Nesse mesmo ano foi promovida a organização científica e é reforçado o seu corpo docente em número e em qualificação académica (Lopes, 1994; CAESP, 2005).

De forma a controlar a massificação do ensino superior, o Estado sistematizou a avaliação da qualidade dos programas e das instituições do ensino superior, pela Lei 38/94 de 21 de Novembro. Esta lei implicava às instituições responsabilidade pela sua auto-avaliação. A avaliação externa surge em 1998 para as instituições politécnicas (Eurydice, 2005).

É porém a partir de 1998 que se dá o início da massificação do ES na área das tecnologias da saúde, com o aparecimento de mais cursos com progressivo aumento de *numerus clausus* em novas instituições de ES, especificamente no sector particular e cooperativo (Lopes, 2004). Verifica-se que de quatro escolas superiores existentes a meio da década de 90, três públicas e uma privada, se passou para dezasseis, em menos de 10 anos, com perspectiva de abrirem mais instituições.

No entanto, com a alteração da Lei de Base do Sistema Educativo de 1997, as ESTeS viram-se confrontadas com a necessidade de criar mecanismos de ascensão académica ao nível da licenciatura, já que desta alteração, os anteriormente referidos CESE, deixaram de conferir grau académico. Um ano depois, a Portaria n.º413-A/98 de 17 de Julho de 1998, veio aprovar o Regulamento Geral dos Cursos Bietápicos de Licenciatura das Escolas de Ensino Superior Politécnico. Assim, as ESTeS, através da Portaria 505-D/99 de 15 de Julho passaram a ministrar cursos de Licenciatura Bietápica, sendo implementados os planos de estudo do 2º ciclo neste mesmo ano (Portaria n.º 413-A/98 de 17 de Julho e Portaria n.º3/2000 de 4 de Janeiro) (Santos, 2000; Lopes, 2004; CAESP, 2005). A autorização do funcionamento do curso de licenciatura bietápica em fisioterapia da ESSA dá-se pela Portaria n.º 1043/2000 de 27 de Outubro.

A *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) e o Comité Permanente de Ligação dos Fisioterapeutas da União Europeia (CPLF EU), reconhecem, desde 1995, diversidade cultural, económica e política no ensino da Fisioterapia a nível mundial. Porém, tomando como exemplo o Reino Unido e os Estados Unidos foi, recomendado a todos os países a adopção de estudos de nível universitário com duração mínima de quatro anos, para aceder ao título profissional de fisioterapeuta (WCPT, 2003).

Em 2001 as Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde passaram a ser tuteladas exclusivamente pelo Ministério da Educação (Decreto-Lei n.º99/2001 de 28 de Março) actualmente com a designação de Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior. O regime de instalação em que se encontravam desde que foram integradas no ESP acabou em Julho de 2004 pelo Decreto-Lei 175/2004 de 21 de Julho, tendo sido integradas no Instituto Politécnico¹⁷ da sua área de implantação geográfica. Por exemplo, a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra foi integrada no Instituto Politécnico de Coimbra. Até à finalização do processo de integração, a escola fica ao abrigo da Lei n.º54/90 de 5 de Setembro que determina o estatuto e autonomia dos estabelecimentos de ensino superior e do Decreto-Lei n.º24/94 de 27 de Janeiro, que estabelece as normas aplicáveis aos estabelecimentos de ensino superior em regime de instalação (CAESP, 2005).

17 Os institutos politécnicos são instituições de ensino superior que integram duas ou mais escolas superiores orientadas para a prossecução dos objectivos do ensino superior politécnico numa determinada região, as quais são associadas para efeitos de concertação das respectivas políticas educacionais e de optimização de recursos (Artigo 1.º, Capítulo I, da Lei n.º54/90 de 5 de Setembro).

Decorrente da Resolução do Conselho de Ministros n.º 67/2004 deu-se a reorganização da rede de Ensino Politécnico Público da área da Saúde (MCES¹⁸, 2004). Esta rede, é constituída por 31 instituições, entre as quais 22 escolas para o ensino de enfermagem, 3 Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde, 6 Escolas Superiores de Saúde, vocacionadas simultaneamente para o ensino da Enfermagem e das Tecnologias da Saúde. Três das últimas Escolas Superiores de Enfermagem foram constituídas por fusão das escolas superiores de enfermagem de Coimbra, Lisboa e Porto, permanecendo uma só Escola Superior de Enfermagem em cada cidade. Note-se que em Coimbra existiam 2 Escolas de Enfermagem, em Lisboa 4 e no Porto 3. As Escolas Superiores de Enfermagem sedeadas em cidades onde não existe Instituto Superior, foram integradas nas Universidades da cidade. Assim sendo as Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto, foram integradas nos Institutos Superiores Politécnicos sedeados nestas 3 cidades, como se pode verificar no Quadro 1 e Figura 1 nas páginas seguintes.

Dada a distribuição bastante alargada de escolas superiores de saúde da rede pública e privada, como se pode observar na Figura 2, Amaral (2002) refere a título de excepção a possibilidade de abertura de novas escolas na região de Baixo Alentejo a Algarve¹⁹, de forma a distribuir esta rede de ensino politécnico com maior equilíbrio. Refere ainda a fragilidade das escolas públicas, relativamente a recursos humanos, financeiros, tal como de equipamento. Neste sentido apoia o reforço da rede escolar existente, com maior ênfase nas escolas com maior implantação regional e nacional, de forma a garantir a sua subsistência a longo prazo.

A formação dos fisioterapeutas encontra-se numa nova era. Aproximadamente dez anos após a Licenciatura bietápica²⁰, surge a licenciatura de raiz com um o novo currículo adaptado à ideologia de Bolonha. Apesar das alterações curriculares, com adopção do modelo de organização do ensino superior em 3 ciclos²¹, não houve alteração do perfil profissional. O fisioterapeuta, integrado no ESP, mantém as mesmas funções do anterior grau bacharel sem a adequação necessária às necessidades actuais de prestação de cuidados de saúde (CAESP, 2005; Silva *et al.*, 2000). No entanto, segundo a estrutura dos níveis de formação estabelecidos pelo CCE, que integram a Decisão do Conselho, de 16 de Julho de 1985,

18 Ministério da Ciência e Ensino Superior (MCES).

19 Lacuna colmatada desde Outubro, 2002 pela Escola Superior de Saúde Jean Piaget do ensino superior particular e cooperativo situada em Silves <http://www.ipiaget.org/silves/>

20 Autorizada pela Portaria n.º 505-D/99 de 15 de Julho.

21 Que extinguiu o grau bacharel.

(85/368/CEE:58²²), o fisioterapeuta apresentando-se com este nível de formação, “(...) *tem geralmente autonomia no exercício da actividade profissional o que implica o domínio dos fundamentos científicos da profissão*”. A conclusão do curso superior confere-lhe assim o nível máximo de formação profissional, ou seja, nível 5.

Quadro 1 – Composição da rede de ensino superior politécnico.

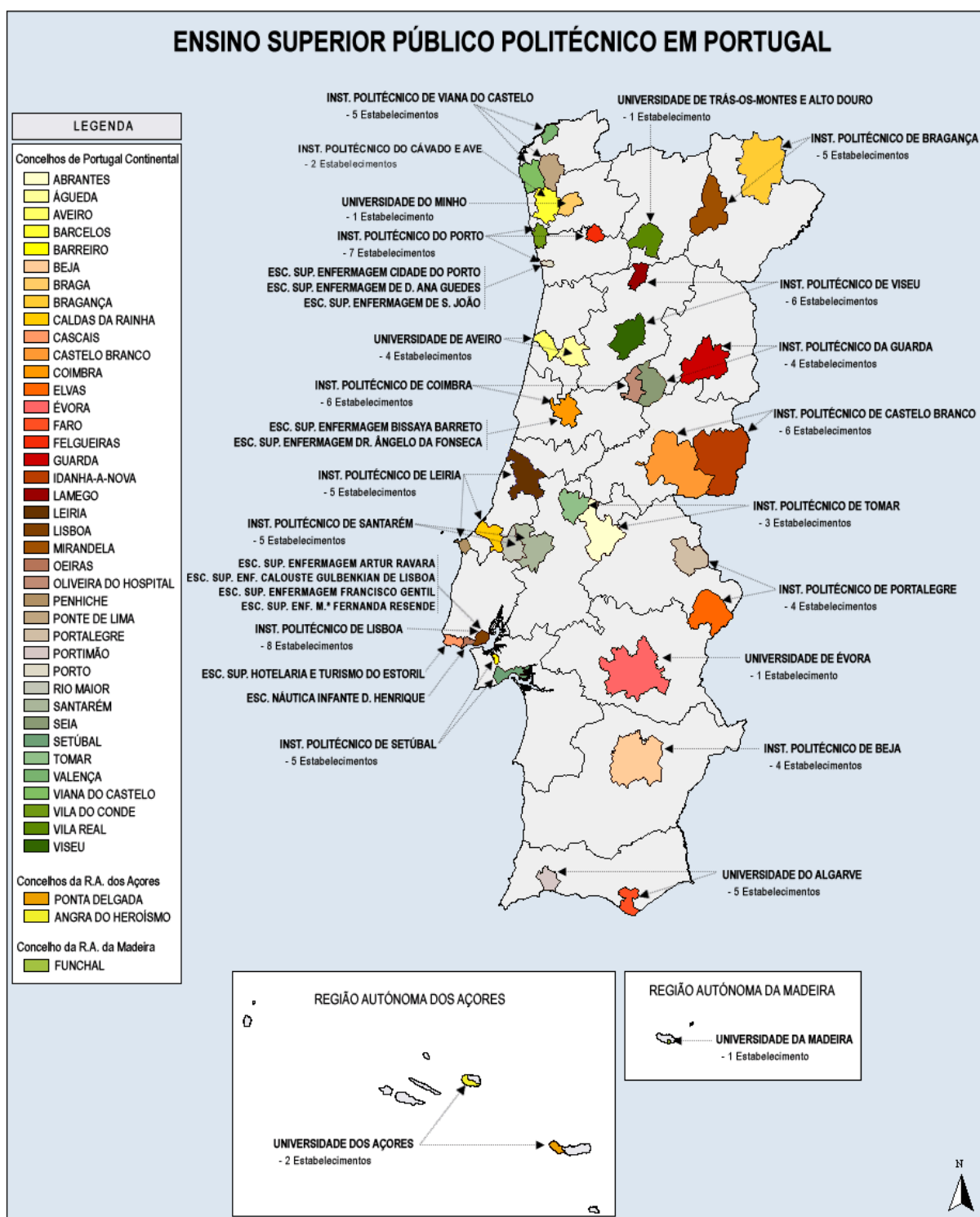
Distrito ou Região Autónoma	Universidade / instituto politécnico	Escola
Aveiro	Universidade de Aveiro	Escola Superior de Saúde de Aveiro
Beja	Instituto Politécnico de Beja	Escola Superior de Enfermagem de Beja
Braga	Universidade do Minho	Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian
Bragança	Instituto Politécnico de Bragança	Escola Superior de Saúde de Bragança
Castelo Branco	Instituto Politécnico de Castelo Branco	Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Coimbra	Instituto Politécnico de Coimbra	Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (em constituição por fusão de 2 escolas)
Évora	Universidade de Évora	Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus
Faro	Universidade do Algarve	Escola Superior de Saúde de Faro
Guarda	Instituto Politécnico da Guarda	Escola Superior de Enfermagem da Guarda
Leiria	Instituto Politécnico de Leiria ²³	Escola Superior de Enfermagem de Leiria
Lisboa	Instituto Politécnico de Lisboa	Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (em constituição por fusão de 4 escolas) Escola do Serviço de Saúde Militar
Portalegre	Instituto Politécnico de Portalegre	Escola Superior de Enfermagem de Portalegre
Porto	Instituto Politécnico do Porto	Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto Escola Superior de Enfermagem do Porto (em constituição por fusão de 3 escolas)
Santarém	Instituto Politécnico de Santarém	Escola Superior de Enfermagem de Santarém
Setúbal	Instituto Politécnico de Setúbal	Escola Superior de Saúde de Setúbal
Vila Real	Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro	Escola Superior de Enfermagem de Vila Real
Viana do Castelo	Instituto Politécnico de Viana do Castelo	Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo
Viseu	Instituto Politécnico de Viseu	Escola Superior de Enfermagem de Viseu
Região Autónoma dos Açores	Universidade dos Açores	Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada
Região Autónoma da Madeira	Universidade da Madeira	Escola Superior de Enfermagem da Madeira

Fonte: MCES, (2004).

22 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31985D0368:pt:HTML>

23 Conversão da escola de enfermagem em Escola Superior de Saúde de Leiria pela Portaria n.º207/2005 de 22 de Fevereiro, que administra o curso de Fisioterapia desde 2009/10 (<http://www.esslei.ipleiria.pt/portal/index.php?id=1483>)

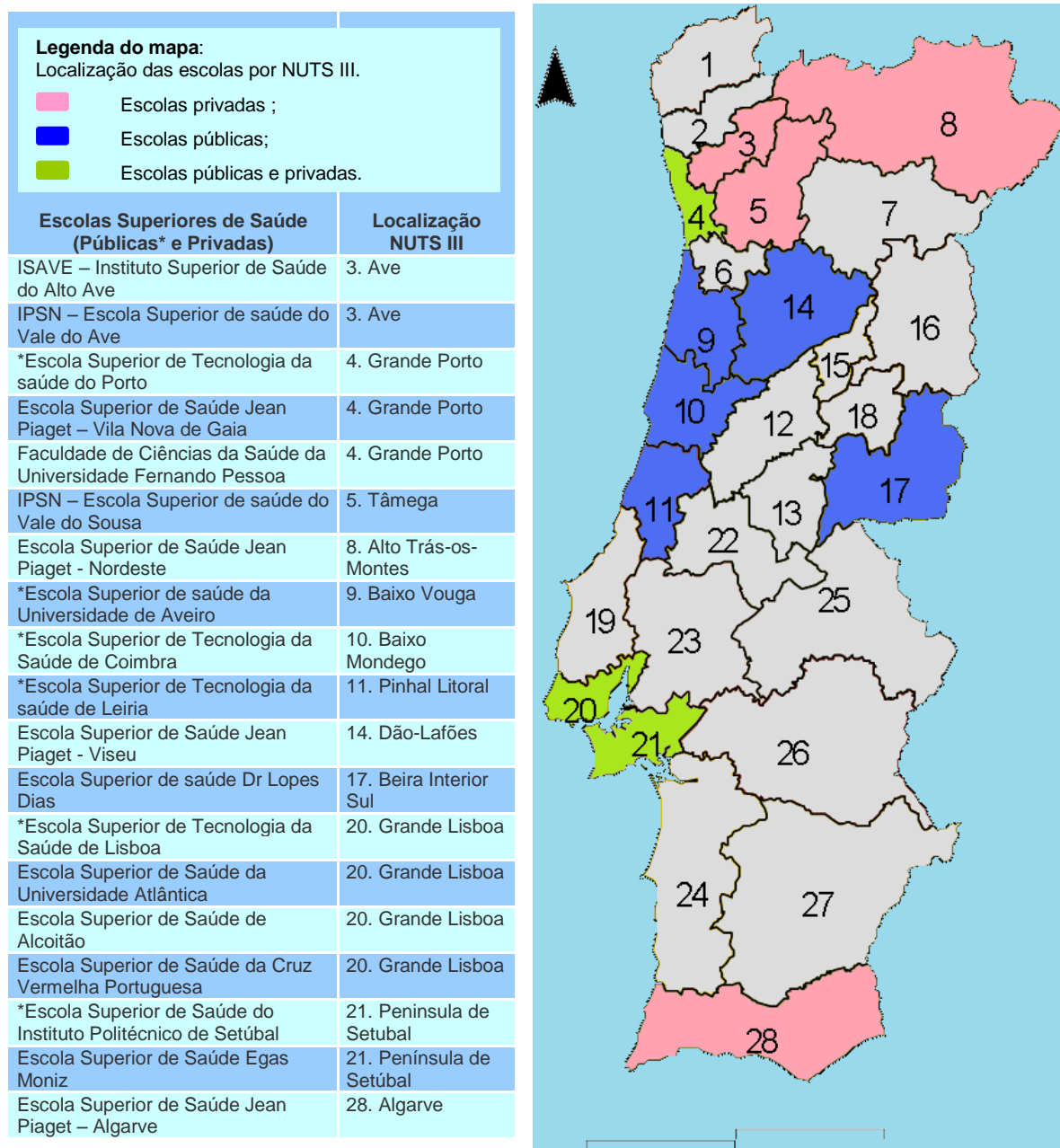
Figura 1 – Distribuição da rede de ensino superior público politécnico em Portugal²⁴.



Fonte: DGES, MCTES, (2009).

24 “Distribuição da rede de ensino superior público universitário em Portugal”, “Distribuição da rede de ensino superior particular e cooperativo politécnico em Portugal”; e “Distribuição da rede de ensino superior particular e cooperativo universitário em Portugal”, ver Anexo 1.

Figura 2 – Distribuição da rede das escolas superiores de saúde que ministram o curso de Fisioterapia em Portugal por NUTSIII.



A Portaria n.º781/2009, publicada no Diário da República, estabelece a estrutura e organização do Catálogo Nacional de Qualificações, à luz da Recomendação do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Abril de 2008, relativa à instituição do Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida (Jornal Oficial, n.º C 111, de 6 de Maio de 2008²⁵). Assim, segundo esta

25 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:111:0001:0007:PT:PDF>

nova estrutura, adaptada ao processo de Bolonha, o Quadro Nacional de Qualificações é composto por 8 níveis de qualificação, definidos por um conjunto de descritores que classificam os resultados da aprendizagem adequados às qualificações dos diferentes níveis. Segundo o que está estabelecido na Portaria n.º782/2009, os graduados do curso de fisioterapia, que actualmente confere o grau de licenciado, encontram-se enquadrados no nível 6 do Quadro Nacional de Qualificações.

A APF (1998), como a maior estrutura representativa dos fisioterapeutas, dada a inexistência de uma ordem, pretendia o enquadramento da licenciatura como habilitação de acesso ao exercício profissional. Desde o ano lectivo 2006/07, durante o processo de definição da extensão do currículo de fisioterapia, existiam 2 cursos de fisioterapia que atribuem licenciatura de raiz de duração de 3 anos²⁶, administradas pela Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica e Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, contrariando o que foi concluído e recomendado pelo relatório final do grupo de trabalho para a “Implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional nas Tecnologias da Saúde” elaborado por Lopes (2004). Saliente-se que participaram no “Grupo de Trabalho do Curso Superior de Fisioterapia” todas as instituições que administram o curso de fisioterapia, com a excepção da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa e o Instituto Superior de Saúde do Alto Ave²⁷. Na conclusão e recomendações deste relatório foi referido que o exercício autónomo das profissões associadas às tecnologias da saúde requer uma formação de 4 anos (240 ECTS²⁸), que inclui o estágio de aprendizagem em contexto de prática profissional. Dependendo das exigências do plano nacional, o segundo ciclo poderia oscilar entre uma proposta de um ano (60 ECTS) ou de dois anos (120 ECTS). Segundo o Artigo 8 do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior o ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado no ensino politécnico deveria ter duração de seis semestres curriculares de trabalho dos alunos, o que corresponde a 180 ECTS. No entanto admite excepções quando se torna fundamental, para o acesso ao exercício de

26 A fonte de 2006, era do site de acesso ao ensino superior que indicava a existência de 16 cursos de fisioterapia sendo os primeiros 14 de licenciaturas bi-etápicas, oferecidas pelo ensino politécnico, sendo os últimos 2, licenciaturas de raiz, oferecidos por duas universidades privadas.

27 Tal como a Escola Superior de Tecnologia de Leiria que abriu em 2009/10.

28 *European Credit Transfer System*.

determinada actividade profissional²⁹. Assim admite-se um 1º ciclo de estudos com duração de sete ou oito semestres curriculares de trabalho, o que representa 210 até 240 ECTS. Neste sentido, para início destes ciclos de estudos, o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março alterado pelos Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de Junho previa a necessidade de adequação dos cursos que as instituições se encontravam a administrar tal como o grau académico a conferir, ao abrigo do Processo de Bolonha. Segundo o Artigo 63º do Capítulo II do Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de Junho, um dos pontos que justifica o acréscimo de 2 semestres aos 6 previstos para o 1º ciclo, é a apresentação de planos de estudos semelhantes no espaço europeu. A aceitação da adequação proposta carece de registo junto do Director-Geral do Ensino Superior, que por sua vez emite um despacho. O Apêndice 1 reúne os cursos, a sua organização em número de semestres e respectivos despachos, com os números de autorização publicados de todos cursos homologados a nível nacional.

A 11 de Junho de 2008, a pedido do Sr. Ministro da Ciência e da Tecnologia e Ensino Superior, Prof. Dr. José Mariano Gago, a Comissão de Acompanhamento do Processo de Bolonha (CAPB) reuniu para proferir parecer, mediante o processo de adequação dos cursos da área das Tecnologias da Saúde. A partir desta data, ou seja, a partir do ano lectivo 2008/2009, todas as escolas das Tecnologias da Saúde tiveram a garantia que o curso poderia ter uma duração de 180 a 240 ECTS (Direcção Geral do Ensino Superior - DGS, 2008). Tal está em conformidade como o Decreto -Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de Junho, que previa que as instituições de ensino superior adequassem os cursos em conformidade com os requisitos do Processo de Bolonha até o final do ano lectivo de 2008-2009 (Decreto -Lei n.º 74/2006). Neste sentido, os cursos com duração superior a 180 ECTS teriam de justificar este acréscimo com 60 ECTS de estágio curricular, da responsabilidade da instituição de ensino, de forma a cumprir a necessidade transversal à comunidade europeia destes profissionais cumprirem pelo menos 1 ano de estágio prévio ao exercício profissional. Esta decisão está exclusivamente adequada aos cursos cujas profissões se encontram regulamentadas pelo D.L. n.º320/99. Assim sendo, ficam excluídos os cursos de Gerontologia e Podologia

29 A Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro (Jornal Oficial, n.º L 255, de 30 de Setembro de 2005), já previa o acréscimo de anos curriculares acima dos 3 (180 ECTS) para os médicos, os enfermeiros responsáveis por cuidados gerais, os médicos dentistas, os médicos veterinários, os enfermeiros especializados em saúde materna e obstetria, os farmacêuticos e os arquitectos (Decreto-Lei n.º 74/2006, MCTES).

limitados a 6 semestres de ensino para acesso ao exercício profissional (DGES, 2008).

O próximo passo dado na evolução da carreira académica dos fisioterapeutas, também no sentido de assegurar a qualificação dos docentes, deu-se na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa em 2002 com abertura do primeiro Mestrado em Ciências da Fisioterapia a nível nacional. Dois anos depois, chegou-se ao topo da carreira académica com a abertura na mesma faculdade do Doutoramento em Ciências da Fisioterapia. De facto, o número de vagas tem sido francamente insuficiente para o número de interessados na ascensão na carreira académica na área da Fisioterapia, continuando a haver fisioterapeutas a deslocarem-se para países como Inglaterra e Estados Unidos para frequentar as suas pós-graduações na área. A nível nacional os mestrados e doutoramentos mais frequentados têm sido na área das ciências da saúde com mestrados em Ciências e Economia da Saúde, Psicossociologia da Saúde, Biocinética do Movimento Humano e doutoramentos na Psicossociologia da Saúde.

Quanto à oferta da formação no ensino superior, está definido nas disposições gerais, pelo Artigo 4º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março que o ensino politécnico pode conferir apenas os graus académicos de licenciado e mestre. Neste sentido o doutoramento na área da fisioterapia deverá ser obtido no ensino universitário. Quanto ao grau de licenciado, apesar do novo currículo ser adaptado para uma licenciatura de raiz, o ponto 3 do Artigo 8º refere que *“(...) deve valorizar especialmente a formação que visa o exercício de uma actividade de carácter profissional, assegurando aos estudantes uma componente de aplicação dos conhecimentos e saberes adquiridos às actividades concretas do respectivo perfil profissional”* (Decreto-Lei n.º 74/2006:2245-2246). É preservada a ideologia vocacional do ensino superior politécnico, aparentando não haver referência a alterações de funções, nomeadamente as de concepção.

O capítulo III do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, faz referência ao grau de mestre. Segundo o artigo 18º, a duração poderá variar entre 90 a 120 ECTS, o que representa 3 a 4 semestres curriculares de trabalho dos graduados. No entanto o mesmo grau poderá ser atribuído com apenas 2 semestres curriculares de trabalho, ou 60 ECTS, quando são reunidas condições muito específicas de trabalho na especialidade como refere o ponto 2 do artigo 18º do Decreto-Lei n.º 74/2006:2247 *“(...) uma prática estável e consolidada internacionalmente nessa especialidade”*. Ainda existem diferenças relativas ao ciclo de estudos do mestrado na universidade e politécnico. Neste sentido, o ponto 3 do artigo 18º refere *“No ensino universitário, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar que o estudante*

adquira uma especialização de natureza académica com recurso à actividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais.” (Decreto-Lei n.º 74/2006:2247). A diferença no politécnico é obtida pela leitura do ponto 4 do mesmo artigo que se lê “*No ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional*” (Decreto-Lei n.º 74/2006:2247). Independentemente do tipo de instituição que oferece o mestrado, a estrutura do ciclo de estudos é igual para o ensino universitário e para o ensino politécnico. Assim sendo, o mestrado deve ser constituído por um “curso de especialização” que tem um peso de 50% e por uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projecto, originais. No entanto, é possível existir um estágio profissional que terá de originar um relatório final com ponderação na nota final nunca inferior a 35%. A orientação do estágio profissional, segundo o artigo 21º, fica ao encargo de doutorados ou especialistas de mérito³⁰.

Quanto ao grau de doutor, como já foi referido anteriormente, está reservado aos estabelecimentos de ensino universitário. O Decreto-Lei n.º 74/2006 não estabelece a duração do ciclo, nem a sua estrutura, designando no Artigo 28º as alíneas em que o grau é atribuído. O ingresso neste ciclo de estudos pode ser efectuado por quem possuí o grau mestre ou equivalência legal, indivíduos titulares de licenciaturas entre outros que possuam currículos relevantes, que sejam reconhecidos pelo órgão científico estatutariamente competentes da universidade e capazes de concluir o ciclo de estudos³¹.

O Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de Junho que veio alterar o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, não altera os dados expostos nos parágrafos anteriores. No entanto, no seu preâmbulo refere que já em 2007/2008, aproximadamente 90% dos cursos tinham adoptado o modelo de organização do ensino superior em 3 ciclos. Este diploma estabelece a elaboração de um relatório anual, público, de progressos de concretização das metas estabelecidas nos Processo de Bolonha de cada instituição de ensino superior. Deste modo os progressos dos processos tornam-se transparentes para facilitação da escolha de estudantes e suas famílias, tal como o esclarecimento da sociedade em geral.

30 O mérito deve ser reconhecido “(...) pelo órgão científico estatutariamente competente do estabelecimento de ensino superior, nacional ou estrangeiro.” (Decreto-Lei n.º 74/2006:2248)

31 O acesso ao ciclo de estudos conducente ao grau de doutor por indivíduos não titulares do grau mestre não confere nem lhe é reconhecido equivalência ao grau de licenciado ou de mestre.

O ensino da fisioterapia encontra-se integrado num modelo de leitura europeia que facilita a integração e a mobilidade dos fisioterapeutas entre países. Cabe aos fisioterapeutas ultrapassar novas barreiras, cabe aos fisioterapeutas continuar a escrever história.

1.2. Regulação do Exercício Profissional em Portugal

Os registos existentes relativos à regulação do exercício profissional dos fisioterapeutas e restantes profissionais de saúde actualmente inseridos no âmbito das Tecnologias da Saúde, surgem no início da década de 70. Estas reformas eram operacionalizadas a nível central, destacando-se dentro dos registos existentes segundo Lopes, (2004) o D.L. nº.414/71, de 27 de Setembro de 1971, Decreto Regulamentar nº.87/77, de 30 de Dezembro de 1977, D.L. nº.384-B/85, de 30 de Setembro de 1985, Portaria nº.256-A/86, de 28 de Maio de 1986, D.L. n.º261/93, de 24 de Julho de 1993, D.L. n.º261/93, de 24 de Julho de 1993, D.L. n.º117/95, de 30 de Maio de 1995, D.L. n.º320/99, de 11 de Agosto de 1999, D.L. n.º564/99, e 21 de Dezembro de 1999.

O D.L. nº.414/71, de 27 de Setembro de 1971 cria as carreiras de técnicos auxiliares de laboratório e de técnicos terapeutas. Este diploma define as condições de ingresso, graduação e acesso nas carreiras profissionais do Ministério da Saúde e da Assistência. Assim sendo, segundo o artigo 2º, as carreiras profissionais organizam-se por graus e classificam-se em 3 tipos:

- Tipo 1 – profissionais com nível académico de licenciatura universitária;
- Tipo 2 – profissionais com habilitação técnica devidamente titulada;
- Tipo 3 – profissionais com habilitações para cargos de pessoal administrativo.

Segundo o artigo 4º, os fisioterapeutas e as restantes profissões das tecnologias existentes na década de 70 enquadravam-se nas carreiras profissionais estabelecidas correspondentes do tipo 2, que eram:

- Carreira de ensino de enfermagem;
- Carreira de enfermagem de saúde pública;
- Carreira de enfermagem hospitalar;
- Carreira de técnicos terapeutas;

- Carreira de técnicos de serviço social; carreira de técnicos auxiliares de laboratório;
- Carreira de técnicos auxiliares sanitários.

O diploma veio estabelecer o regime legal que iniciou a estruturação progressiva e a regulação das carreiras profissionais dos diversos grupos diferenciados de funcionários que prestavam serviço no Ministério da Saúde e Assistência. Esta medida veio complementar a efectivação de uma política de saúde e assistência social prevista pelo Governo o que se enquadrava nos princípios modernos da administração de saúde pública. Este princípio da organização de carreiras profissionais veio também proporcionar uma metodologia de

“(...) estímulo e compensação dos esforços exigidos aos respectivos funcionários, tal como a desejável justiça nos respectivos acessos e o criterioso rigor no recrutamento.” (D.L. nº.414/71:228). Pois ainda segundo o preâmbulo do respectivo documento legal “Frente ao desenvolvimento da ciência e ao progresso das técnicas, as actividades a promover no campo da saúde e da assistência social não se compadecem já com improvisações nem, por isso mesmo, com o preenchimento incondicionado dos cargos. Reclamam-se habilitações apropriadas à diferenciação de tarefas e uma actualização permanente, aliás segundo ritmos cada vez mas acelerados.” (D.L. nº.414/71:228).

Saliente-se a organização dentro da carreira em:

- Técnico auxiliar terapeuta de 2ª classe;
- Técnico auxiliar terapeuta de 1ª classe;
- Técnico terapeuta de 3ª classe;
- Técnico terapeuta de 2ª classe;
- Técnico terapeuta de 1ª classe;
- Técnico terapeuta chefe.

Segundo o preâmbulo do Decreto Regulamentar nº.87/77:3122, de 30 de Dezembro de 1977, a criação da carreira de Técnico Auxiliar dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica deu-se pela “(...) *natureza especial das actividades profissionais do pessoal técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, que o distingue no conjunto em que se enquadra (...)*”. Este documento engloba as 13 profissões existentes, entre as quais:

- 1) Audiometristas;
- 2) Cardiografistas;
- 3) Dietistas;

- 4) Ergoterapeutas;
- 5) Fisioterapeutas;
- 6) Neurofisiografistas;
- 7) Optometristas;
- 8) Ortofonistas;
- 9) Ortoptistas;
- 10) Preparadores de laboratório;
- 11) Protésicos;
- 12) Radiografistas;
- 13) Radioterapeutas.

A necessidade de adaptar as carreiras dos profissionais às alterações na área da tecnologia médica cria o D.L. nº.384-B/85, de 30 de Setembro de 1985. Este D.L. reestrutura a carreira de TDT, revogando o Decreto Regulamentar nº 87/77 de 30 de Dezembro, e o Decreto-Lei nº 8-A/78 de 4 de Dezembro, tal como a respectiva legislação complementar. O enquadramento profissional integra o TDT na equipa de saúde, que exerce funções de natureza técnica, no entanto, enquadradas e sob prescrição do respectivo elemento médico ou técnico superior. Este diploma vem responder também às exigências de formação base destes profissionais que surgiu em 1982 pela criação das escolas técnicas dos serviços de saúde, que ministravam cursos com 3 anos lectivos (Lopes, 2004).

Dentro das áreas profissionais, o artigo 5º destaca as profissões abrangidas:

- 1) Técnico de audiometria;
- 2) Técnico de cardiopneumografia;
- 3) Dietista;
- 4) Fisioterapeuta;
- 5) Técnico de neurofisiografia;
- 6) Técnico de ortopróteses;
- 7) Técnico de ortóptica;
- 8) Técnico de próteses dentárias;
- 9) Técnico de radiologia;
- 10) Técnico de radioterapia;
- 11) Técnico de análises clínicas e de saúde pública;
- 12) Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica;
- 13) Técnico de farmácia;
- 14) Técnico de medicina nuclear;
- 15) Terapeuta da fala;
- 16) Terapeuta ocupacional.

O ingresso nestas profissões possuía duas vias, por concurso com a avaliação do currículo dos diplomados dos cursos de formação profissional ministrados nas Escolas mencionadas no Decreto-Lei n.º371/82, de 10 de Setembro, ou pelo reconhecimento de equivalência de habilitações profissionais por Despacho, por parte do Departamento de Recursos Humanos da Saúde (Lopes, 2004).

O mesmo diploma refere no artigo 8º as condições exigidas aos docentes das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, de Coimbra e do Porto. Para exercer funções de docência, estes TDTs deveriam estar habilitados com o Curso Complementar de Ensino e Administração (CCEA) referido no artigo 7º³². Os técnicos não detentores do referido CCEA, poderiam exercer funções de acompanhamento de aulas práticas e de monitorização de estágios, sob a supervisão dos professores (Lopes, 1994).

Portanto, as categorias profissionais dentro da carreira dos TDTs, segundo o artigo 3º, organizam-se da seguinte forma:

- Técnico de 2ª classe;
- Técnico de 1ª classe;
- Técnico principal
- Técnico especialista;
- Técnico especialista de 1ª classe;
- Técnico-director.

Segundo o n.º 2 do artigo 13º, do D.L. n.º.384-B/85, de 30 de Setembro de 1985, o conteúdo funcional relativo às profissões e a definição das respectivas competências das categorias da carreira, seriam publicadas em portaria conjunta do Ministério da saúde e do secretariado de estado da administração Pública. A portaria resultante com o n.º.256-A/86, de 28 de Maio de 1986, distribui as 16 profissões em seis ramos:

- Dietológico (dietistas);
- Laboratorial (técnico de farmácia, técnicos de análises clínicas e de saúde pública e técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica);
- Radionuclear (técnico de medicina nuclear, técnico de radiologia e técnico de radioterapia);

32 O CCEA, também administrado nas Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde, era requisito também para a obtenção da categoria de técnico especialista, especificado na alínea 4 do artigo 7º do D.L. n.º.384-B/85, de 30 de Setembro de 1985.

- Cinesiológico (fisioterapeutas, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, técnico de ortóptica);
- Ofical (técnico de ortopóteses, técnico de próteses dentárias) e;
- Registográfico (técnico de audiometria, técnico de cardiopneumografia, técnico de neurofisiografia).

É no ponto 4.1 do n.º3 da Portaria nº.256-A/86, de 28 de Maio de 1986 que se encontra o conteúdo funcional da fisioterapia em Diário da República:

“O fisioterapeuta colabora na recuperação, aumento ou manutenção das capacidades físicas dos deficientes, bem como na prevenção da incapacidade, para o que utiliza técnicas específicas da profissão. Colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências, identificando as áreas lesadas; elabora programas adequados de tratamento com o fim de ajudar os deficientes a reconquistarem ou aumentarem as suas capacidades físicas, utilizando diferentes técnicas tais como a terapia pelo movimento, técnicas manipulativas, electroterapia, incluindo o frio e o calor, e ainda outras técnicas mais evoluídas de facilitação e inibição neuromuscular. Ensina os deficientes, o modo de proceder mais adequado, conforme o seu estado. Trata doentes de diferentes patologias, tais como ortopedia, respiratória e cardio-respiratória, neurológica e reumatológica, individualmente ou em grupo. Elabora relatórios dos resultados obtidos.” (Portaria nº.256-A/86:1286)

O Decreto-Lei 247/88 de 13 de Julho insere os diplomados em Higiene Oral na carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Estes profissionais eram formados pelas escolas superiores de medicina dentária (Lopes, 1994).

O D.L. n.º261/93, de 24 de Julho de 1993 vem regulamentar o exercício das actividades paramédicas, hoje identificadas como as tecnologias da saúde. O diploma surge pela necessidade de protecção social contra o exercício inqualificado tal como a necessidade de regulação do exercício profissional do sector privado. Como cita o primeiro parágrafo do preâmbulo do DL n.º 261/93:3996 “*A protecção da saúde dos cidadãos, constitucionalmente consagrada como um direito social, impõe ao Estado a adopção das medidas indispensáveis à sua efectiva realização, nas diversas vertentes que com ele se prendem.*” O Estado ou assume essa responsabilidade, através de um ministério, ou pode delegar essa competência nos próprios profissionais, pela criação de associações de direito público, como por exemplo as Ordens. Esta delegação de competências pode incluir, entre outros aspectos, a possibilidade de definir os critérios de qualidade da formação exigida para acesso ao título profissional, a competência para atribuir títulos de especialista, a responsabilidade pelo controlo e

desenvolvimento da qualidade do exercício profissional e a possibilidade de proceder disciplinarmente em relação aos seus membros. A inscrição nestas associações de direito público é obrigatória de forma a exercer legalmente a actividade profissional em causa, pelo que a capacidade de controlo é global e extensiva a todos os profissionais.

Na ausência da iniciativa do Estado, os profissionais podem agrupar-se em associações representativas e promover a imagem das respectivas profissões junto do público, promover a qualidade do exercício profissional, porém sem poderes de obrigação. A sua jurisdição, mesmo em termos éticos e disciplinares, apenas se resume aos seus próprios associados, não a todos os profissionais do país, em função do direito de liberdade de associação. Assim, neste caso, não se pode falar com rigor de uma regulamentação da profissão (Congresso Nacional de Fisioterapeutas – CNF, 2000).

Segundo o artigo 2º do DL n.º 261/93, o exercício destas profissões ficou reservado, aos titulares do curso ministrado no ensino oficial ou outro reconhecido nos termos legais, aos titulares de diploma, ou certificado de equivalências reconhecidas, e aos titulares de carteira profissional ou título equivalente, com emissão ou validação por entidade pública. O artigo 4º do referido diploma refere também que a criação de um curso por um organismo público ou privado carece de Despacho conjunto pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. O n.º2 do mesmo artigo refere também o registo dos profissionais abrangidos pelo diploma pela parte do Ministério da Saúde.

O anexo do D.L. n.º261/93:3996, de 24 de Julho de 1993 cita e define “as *profissões que compreendem a utilização de técnicas de base científica com fins de promoção da saúde e prevenção da doença ou de reabilitação consideradas como actividades paramédicas*”. Cita-se de seguida a definição da fisioterapia:

“Centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.”
(D.L. n.º261/93:3997).

O D.L. n.º117/95, de 30 de Maio de 1995 veio criar a área profissional de Técnico de Higiene e Saúde Ambiental e respectiva definição do conteúdo funcional. A

integração dos Técnicos de saúde ambiental na carreira de TDT deve-se segundo o diploma “(...) à crescente complexidade do exercício profissional aliada a maiores exigências de formação, bem como a indiscutível proximidade com as actividades próprias da carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, prevista no Decreto-Lei n.º384-B/85, de 30 de Setembro (...)”(D.L. n.º117/95:3378).

O D.L. n.º320/99, de 11 de Agosto de 1999 veio regulamentar as 18 profissões da área das tecnologias da saúde, definindo os princípios gerais em matéria de exercício das profissões referidas e criando também um órgão de apoio ao Ministro da Saúde, o Conselho Nacional das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica. As profissões visadas são:

- 1- Técnico de análises clínicas e de saúde pública;
- 2- Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica;
- 3- Técnico de audiologia;
- 4- Técnico de cardiopneumologia;
- 5- Dietista;
- 6- Técnico de farmácia;
- 7- Fisioterapeuta;
- 8- Higienista oral;
- 9- Técnico de medicina nuclear;
- 10- Técnico de neurofisiologia;
- 11- Ortóptista;
- 12- Ortoprotésico;
- 13- Técnico de prótese dentária;
- 14- Técnico de radiologia;
- 15- Técnico de radioterapia;
- 16- Terapeuta da fala;
- 17- Terapeuta ocupacional;
- 18- Técnico de saúde ambiental.

De um modo global, a regulamentação das profissões visa o direito dos indivíduos e da comunidade, “à protecção da saúde”. Assim, através deste mecanismo, os utentes que recorrem aos serviços destes profissionais, têm a garantia de que detêm um nível de competências adequado a exercer essa função. Também, o tipo de regulamentação das profissões, contribui para a dignificação dos profissionais e das respectivas profissões, uma vez que constitui um reconhecimento social da relevância da sua actividade. Estabelece ainda, uma base para o próprio relacionamento entre os vários profissionais (CNF, 2000).

A criação do órgão consultivo de apoio ao Ministro da Saúde que participaria no acompanhamento e desenvolvimento do sector de actividade dos TDTs, para se articular com o sistema nacional de certificação, nunca entrou em funcionamento. Este órgão visava a regulação do exercício das actividades profissionais no âmbito das Tecnologias da Saúde segundo o D.L. n.º261/93, de 24 de Julho (Lopes, 2004).

Segundo o n.º4 do artigo 5º do D.L. n.º261/93, de 24 de Julho, o título profissional é reconhecido através da emissão de cédula profissional. A emissão da cédula profissional e o registo dos profissionais ficou ao cargo do Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

O D.L. n.º564/99, de 21 de Dezembro de 1999 veio estabelecer o novo estatuto legal da carreira de TDT. A necessidade de alteração está fundada na reformulação do ensino com a respectiva integração no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico com o Decreto-Lei n.º 415/93, de 23 de Dezembro. Assim, as categorias profissionais são novamente alteradas dentro da carreira, segundo o artigo 3º e organizam-se da seguinte forma:

- Técnico de 2ª classe;
- Técnico de 1ª classe;
- Técnico principal
- Técnico especialista;
- Técnico especialista de 1ª classe;
- Técnico coordenador;
- Técnico-director.

Em relação à anterior estrutura do D.L. n.º384-B/85, de 30 de Setembro de 1985, cria-se mais uma categoria, a de técnico coordenador. Salienta-se também o n.º2 do artigo 3º que refere:

“No desenvolvimento das suas funções, os técnicos de diagnóstico e terapêutica actuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respectiva profissão, com o objectivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção.”
(D.L. n.º564/99:9084).

O TDT deixa de actuar sob prescrição médica para actuar sob indicação médica, com capacidade de concepção no desenvolvimento das suas funções. A

definição de fisioterapeuta fica assim designada como consta na alínea g) no artigo 5º do diploma referido anteriormente:

“Fisioterapeuta - centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida”
(D.L. n.º564/99:9084).

Contemplado no Decreto-Lei n.º564/99 está o sistema de avaliação do desempenho criado pelo Despacho n.º13935/2000 (II Série). O sistema de avaliação é constituído por duas partes escritas (uma de auto-avaliação) e uma entrevista³³. Estas entrevistas de apreciação periódica tem como objectivos manter uma avaliação contínua destes profissionais o que permite uma menção qualitativa por triénios. Salientam-se os dois campos de avaliação dos TDTs, a “eficácia/correção” da sua actividade e a “humanização” associadas à relação com os utentes e a equipa de trabalho.

A Portaria n.º 721/2000, de 5 de Setembro define as normas reguladoras da aplicação dos métodos de selecção, na utilização e respectivos factores de ponderação, nos concursos de ingresso e de acesso na carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica conforme estipulado no artigo 73º do D.L. n.º564/99. O acesso para a categoria de técnico de 2ª classe é efectuado através da avaliação curricular e através uma entrevista profissional de selecção. A ponderação final que ordena os candidatos está de acordo com a seguinte fórmula:

$$CF = \frac{3AC + E}{4}$$

Onde:

CF = classificação final;

AC = avaliação curricular;

E = entrevista profissional de selecção.

³³ Fichas de avaliação disponíveis no Anexo do Despacho n.º13935/2000 (2.a série) em <http://dre.pt/pdf2sdip/2000/07/155000000/1144211444.pdf>

A 18 de Janeiro de 2005 é publicado o Despacho conjunto n.º 228/2005 que prevê a habilitação para o exercício profissional de diversos cursos mais recentes que não se encontravam definidos no Artigo 4º do D.L. n.º 320/99, de 11 de Agosto. Este Decreto-Lei condiciona o exercício das profissões técnicas de diagnóstico e terapêutica à posse dos cursos previstos nas alíneas a), b), c) e d) do seu n.º 1 ou ao reconhecimento legal relativo à livre circulação de cidadãos de Estados membros da União Europeia. Assim sendo, este Despacho conjunto habilita para o exercício da profissão de fisioterapeuta a titularidade do grau de bacharel obtida através dos seguintes cursos:

- Curso bietápico de licenciatura em Fisioterapia ministrado na Escola Superior de Saúde de Aveiro, da Universidade de Aveiro,
- Curso bietápico de licenciatura em Fisioterapia ministrado na Escola Superior de Saúde Atlântica, da Universidade Atlântica,
- Curso bietápico de licenciatura em Fisioterapia ministrado na Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa;
- Curso bietápico de licenciatura em Fisioterapia ministrado na Escola Superior de Saúde Jean Piaget - Algarve,
- Curso bietápico de licenciatura em Fisioterapia ministrado no Instituto Superior de Saúde do Alto Ave;
- Curso bietápico de licenciatura em Fisioterapia ministrado na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa;
- Curso bietápico de licenciatura em Fisioterapia ministrado na Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia.

Note-se que todos estes cursos entraram em funcionamento a partir de 2001. Entre os cursos que constam na lista supracitada, destaca-se apenas um pertencente ao ensino superior público (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro) sendo os restantes sete pertencentes ao ensino superior privado/cooperativo.

Segundo a legislação em vigor, o acesso ao exercício e ao título profissional de fisioterapeuta, é imediato. Porém, deve-se comprovar através da certidão curricular da conclusão do bacharelato pelo menos, que certifique a posse de um curso homologado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Para o exercício profissional, exige-se o registo no Ministério da Saúde no Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, que emite a respectiva cédula profissional (Lopes, 2004). O primeiro modelo de cédula profissional foi oficializado pelo Despacho

n.º 5566/2000³⁴ (II Série), de 10 de Março. Este modelo foi substituído pelo que consta no anexo do Despacho n.º 12 332/2006³⁵ (II Série). A substituição foi motivada pela intensificação da informatização dos serviços de saúde. Assim, este modelo apresenta-se substancialmente mais pequeno, do tamanho de um cartão de crédito, plástico, em substituição do desdobrável em papel de 105*148mm.

A Lei Orgânica do Ministério da Saúde aprovada pelo Decreto-lei n.º 212/2006 de 27 de Outubro no seguimento da necessidade de modernização administrativa, de melhoria da qualidade dos serviços públicos e racionalização estrutural prevê, entre outros pontos, a reestruturação do Ministério da Saúde. Assim sendo, a partir do dia 1 de Abril de 2007, através do Decreto-Lei n.º 219/2007 de 29 de Maio, o organismo responsável pela coordenação das actividades no Ministério da Saúde no planeamento de recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde, é o Departamento de Modernização dos Recursos Humanos da Saúde (DMRS) da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que surge da fusão entre a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde e o Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde.

A ACSS mantém o registo actualizado dos fisioterapeutas registados em território nacional. Apesar da listagem estar disponível online³⁶, a listagem pode não conter todos os TDTs com cédula profissional emitida, pois qualquer TDT titular de uma cédula profissional poder exercer o direito de oposição à publicação do seu nome desta lista segundo efeito da alínea b) do artigo 12.º da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro através de um modelo de declaração próprio para o efeito (ver Anexo 2).

1.3. Regulação do Exercício Profissional no âmbito da União Europeia

A regulação do exercício profissional na UE baseia-se no “Mercado Único Europeu”³⁷, que assenta em 4 pedras angulares também conhecidas pelas 4 liberdades. Ou seja, um mercado único onde há liberdade de mobilidade dos cidadãos

34 <http://dre.pt/pdf2sdip/2000/03/059000000/0472204723.pdf>

35 <http://dre.pt/pdf2sdip/2006/06/113000000/0853108531.pdf>

36 <http://tdt-rhs.min->

saude.pt/pages/entradaacss.aspx?ReturnUrl=%2fAPP%2fUserProcess%2fDEFAULT.ASPX

37 Traduzido de “Single European Market”.

dos estados membros, de bens, de serviços e de capitais. Permite, portanto, aos cidadãos dos estados membros viver, exercer a sua actividade profissional e estudar, tal como negociar pela Europa beneficiando de uma maior variedade de bens e serviços promovendo maior competitividade. Com a abertura deste mercado em 1993 eliminaram-se as barreiras entre países da Europa tendo-se criado novas oportunidades que transformaram a vida de milhões de europeus. Uma consequência desta abertura traduziu-se na criação de 2,75 milhões novos postos de trabalho até 2006 (European Commission, 2007).

A abertura do Mercado Único Europeu concede o direito aos cidadãos dos estados membros de se estabelecerem em qualquer país da UE. A legislação nacional que apenas reconhece as qualificações profissionais de uma jurisdição específica é um obstáculo a esta liberdade. Estes obstáculos são vencidos pelas directivas estabelecidas pela UE que garante o reconhecimento mútuo das qualificações entre estados membros. A primeira directiva que surgiu neste sentido é de 1989, denominada 1ª Directiva Geral 89/48/EEC que estabeleceu o “*general system*” ou sistema geral de mútuo reconhecimento de qualificações profissionais. O seu princípio vai no sentido de facilitar o exercício de actividades qualificadas dentro da UE, sendo o diploma reconhecido em todos países dos estados membros. A este sistema não se aplica a progressão de estudos para fins académicos. A inclusão de uma profissão na 1ª Directiva Geral refere-se à necessidade de existir regulação nacional do acesso à profissão de índole superior com duração mínima de 3 anos numa universidade ou estabelecimento de ensino superior (European Commission, 2007). De forma a complementar a 1ª Directiva Geral surgiu a 2ª Directiva Geral 92/51/CEE que se refere à necessidade de existir regulação nacional do acesso à profissão após ciclos de estudos ou de formação pós-secundários distintos da 1ª Directiva Geral, ou seja, de formação inferior ao ensino superior.

A mais recente directiva referente ao reconhecimento das qualificações profissionais é a Directiva 2005/36/CE. Esta directiva vem substituir a legislação em vigor, ou seja, a Directiva 89/48/CEE do Conselho, de 21 de Dezembro de 1988, já referenciada, a partir de 20 de Outubro de 2007. Vem assim consolidar e modernizar as regras que regulam o reconhecimento das qualificações profissionais. Permite uma maior liberalização na prestação de serviços, maior reconhecimento automático das qualificações e maior flexibilidade nos procedimentos de actualização da directiva. Propõe também, em colaboração com os estados membros, informação dos cidadãos relativamente aos seus direitos e facilitação na atribuição do reconhecimento das suas qualificações.

A Comissão Europeia dispõe no seu site³⁸ as listas das profissões reguladas nos estados membros da UE e também na Suíça, Liechtenstein, Noruega e Islândia. Segundo este site, as profissões mencionadas são as que se encontram ao abrigo do sistema geral de mútuo reconhecimento mas excluem algumas profissões como medicina, enfermagem, farmácia, arquitectura, medicina dentária, medicina veterinária e actividades domésticas. Estas profissões são abrangidas por directivas sectoriais. Estas directivas apelam à harmonização de requisitos mínimos de treino e de reconhecimento automático das qualificações profissionais. Neste site cada país é responsável pela actualização dos respectivos dados.

As profissões no âmbito das tecnologias da saúde encontram-se regulamentadas na sua grande maioria em pelo menos um país da UE, com a excepção da Cardiopneumologia (*Cardiopneumographic technician*) e da Neurofisiologia (*Neurophysiology technician*) que existem até à data apenas em Portugal. De todas as profissões, a fisioterapia é a profissão regulamentada que existe em mais países da UE, 24 em 27 países (ver Anexo 3). Os únicos países da UE em que a fisioterapia não está regulamentada são a Estónia, Hungria³⁹ e a Roménia⁴⁰ (Lopes, 2004; European Commission, 2008).

Em diferentes países podem surgir designações variáveis do título de fisioterapeuta. Por exemplo, na França é masseur-kinésithérapeute (massagista-cinesiterapeuta), na Itália tem duas designações; fisioterapista e terapeuta della riabilitazione (fisioterapeuta e terapeuta de reabilitação). Quanto ao campo de actividade da fisioterapia, pode-se salientar que é semelhante em todos os países com algumas sobreposições de campo de actuação com outras profissões como por exemplo o psicomotricidade e a podologia. O facto de existir sobreposição de campo de actividade pode permitir espaço de complementaridade.

A falta de clareza da designação do título profissional ou o desconhecimento ou não reconhecimento do currículo de formação dos fisioterapeutas oriundos de outros países suscita a necessidade de submissão de reconhecimento do título no país de destino. Como se poderá consultar no Quadro 2 e no Anexo 4, até à data⁴¹, 95 fisioterapeutas com curso obtido no estrangeiro, solicitaram o reconhecimento das

38 http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?fuseaction=profession.index

39 A profissão regulada “Fizioterápia” tem o título de “*Doctor of Medicine*”, o que indica ser âmbito da medicina.

40 A profissão regulada “*Recuperare, medicină fizică și balneologie*” tem o título de “*Doctor of Medicine*”, o que indica ser âmbito da medicina.

41 28.10.2009

suas qualificações profissionais a Portugal para exercer a sua profissão no nosso país⁴². A nacionalidade mais frequente dos 95 foi a espanhola com 76 pedidos concedidos. Até à data, não existiu nenhuma resposta negativa ao pedido de reconhecimento das suas qualificações profissionais dos fisioterapeutas que se candidataram, nem lhe foi solicitado um período de adaptação⁴³, com estágio monitorizado, como acontece com regularidade no Reino Unido⁴⁴. No Reino Unido foram concedidos 1130 pedidos de reconhecimento positivos, entre estes, 214 foram sujeitos ao período de adaptação, antes de lhes ser concedido o reconhecimento das suas qualificações⁴⁵. De salientar a quebra dos pedidos de reconhecimento de qualificações em Portugal, como se pode verificar no Quadro 2 abaixo.

Quadro 2 - Pedidos de reconhecimento das qualificações profissionais de fisioterapeutas estrangeiros para exercício profissional em Portugal (2001 a 2006).

Período	Número de pedidos
2001/2002	63
2003/2004	23
2005/2006	9
TOTAL	95

Fonte: European Commission Regulated Professions Database (2009).

Terminando-se a revisão da história da formação e da regulação profissional dos fisioterapeutas, segue-se a descrição do estado da formação, na perspectiva de oferta de numerus clausus no ensino superior.

42 Positive Automatic General System (no compensation measures imposed)

43 Positive after adaptation period (general system)

44

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?fuseaction=regProf.stats&RPId=1180

45 Ver Anexo 5.

2. Estudo quantitativo do mercado

2.1. Evolução do número de vagas no Ensino Superior

Interessa conhecer a evolução do número de vagas no Ensino Superior numa perspectiva geral de forma a estabelecer uma comparação com a evolução do número de vagas para o curso de fisioterapia. Assim, toma-se como o último ano lectivo de referência 2008/09, o qual passará a ser designado como 2008.

No plano nacional, em 2008 o ensino público disponibilizou mais 1505 vagas que o ano anterior, perfazendo um total de 50 777. Esta tendência de crescimento também se verificou de 2006 para 2007 com um incremento de mais 2 204 vagas, segundo o MCTES, (2008). Quanto à proporcionalidade da oferta do ensino público para o privado em 2007, o primeiro ofereceu 49 584 vagas, e o segundo ofereceu 36 646 (como se pode verificar no Quadro 3), o que representa uma proporção de 58% para 42% (MCTES, 2008; Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais - GPEARI, 2009⁴⁶). Curiosamente os 2 sub-sistemas de ensino universitário e politécnico apresentam uma proporção semelhante, com uma relação de 58% para o ensino universitário e de 42% para o ensino politécnico (GPEARI, 2008).

No documento do Observatório da Ciência e do Ensino Superior (OCES) de 2005, “*Evolução do número de vagas do ensino superior 1998-2006*”⁴⁷ verificou-se que a evolução nos anos estudados não tinha sido homogénea, com o pico de oferta em 2000⁴⁸. Neste ano a oferta atingiu 91 555 vagas, enquanto que o registo de menor oferta foi em 2004, chegando às 80 430 vagas, o que representa um decréscimo de 12%. A maior queda de um ano lectivo para o outro registou-se do ano 2000 para 2001, com um decréscimo directo de 8,1% (OCES, 2005). No caso específico da Fisioterapia, o número de vagas tem vindo progressivamente a aumentar (GPEARI, 2008).

Alargando ligeiramente o espectro de análise, verificamos no Quadro 3 abaixo, que também o ensino superior privado verificou uma quebra acentuada, registando-se em particular uma diminuição de 20% do número de vagas entre 1999 e 2000. A maior quebra incidiu sobre o ensino universitário, como se pode verificar no mesmo quadro.

46 Ver Anexo 6.

47 O ano 2006 é tratado nesta publicação como o ano lectivo de 2005/2006. Nos restantes dados, o ano lectivo de 2005/06 é considerado como 2005.

48 Os dados são referentes ao ano lectivo de 1999/2000, em 31 de Dezembro.

A tendência de descida da oferta do número de vagas manteve-se até 2004, altura em que se passou para uma fase de estabilidade. Aparentemente, é o ensino politécnico que apresenta a tendência de crescimento no ensino superior privado, porém de uma forma ligeira (GPEARI, 2008).

Apesar do ensino superior já ter atravessado uma fase em que o número de alunos era superior ao número de vagas oferecidas, neste momento a oferta é superior à procura. Este marco deu-se pela primeira vez em 2000 quando o número de vagas excedeu o número de inscritos no 1º ano pela primeira vez em cursos de formação inicial. Em 2007, a taxa de ocupação de vagas no ensino superior público foi de 120% enquanto que o do ensino superior privado foi de 65% (DSIEES⁴⁹, GPEARI, MCTES, 2009).

Quadro 3 - Vagas para cursos de formação inicial do ensino superior por subsistema de ensino - 1995 a 2007.

Subsistemas de ensino		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ensino Superior Público		34 306	36 873	40 704	43 293	46 243	48 042	49 355	49 740	46 408	47 138	47 433	47 365	49 584
Universitário	a)	20 817	21 945	23 057	24 596	25 946	26 847	27 281	27 441	25 681	26 068	26 129	26 163	26 702
Politécnico	b)	13 489	14 928	17 647	18 697	20 297	21 195	22 074	22 299	20 727	21 070	21 304	21 202	22 882
Ensino Superior Privado		37 286	43 561	44 935	45 955	45 312	36 088	35 915	35 690	34 022	34 130	36 498	36 782	36 646
Universitário	a)	26 161	30 503	31 724	32 156	31 143	24 559	24 370	23 595	22 458	22 808	24 311	24 277	23 351
Politécnico	b)	11 125	13 058	13 211	13 799	14 169	11 529	11 545	12 095	11 564	11 322	12 187	12 505	13 295
Total		71 592	80 434	85 639	89 248	91 555	84 130	85 270	85 430	80 430	81 268	83 931	84 147	86 230

Fonte: GPEARI, 2008. (não inclui as formações ministradas na Universidade Aberta).

Notas: a) Inclui instituições não integradas em universidades.

b) Inclui instituições não integradas em institutos politécnicos e unidades orgânicas de ensino politécnico integradas em universidades.

Segundo o Observatório da Ciência e do Ensino Superior, verificamos que o número de vagas em 2005 diminuiu comparativamente ao ano de 1997. Este decréscimo é suportado pelo ensino superior particular e cooperativo com uma taxa média de crescimento anual negativa de -2,6% (Quadro 4). Por outro lado o ensino público verificou uma taxa média de crescimento anual positiva de 1,9%. Como resultante, em 2006, o ensino superior público representava 56,6% do número total de vagas, contra os 43,4% do ensino superior não público (OCES, 2005).

Quadro 4 - Evolução do número de vagas por tipo de tutela, de 1998 a 2006.

ANO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Não Público	44 935	45 955	45 312	36 088	35 915	35 690	34 022	34 130	36 338
Variação (%)		2,27	-1,40	20,4	-0,5	-0,6	-4,7	0,3	6,5
Público	40 704	43 293	46 243	48 042	49 355	49 740	46 408	47 138	47 438
Variação (%)		6,4	6,8	3,9	2,7	0,8	-6,7	1,6	0,6
TOTAL	85 639	89 248	91 555	84 130	85 270	85 430	80 430	81 268	83 771

Fonte: (OCES, 2005).

Quanto ao tipo de ensino, o domínio cabe ao ensino universitário com um resultante de 60% do número total de vagas face a 40% do ESP para 2006. O ensino politécnico e o ensino universitário tem registado oscilações entre crescimento e decréscimo como se pode constatar no Quadro 5 (OCES, 2005).

Quadro 5 - Evolução do número de vagas por tipo de ensino, de 1998 a 2006 (e restantes anos).

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Politécnico	30 858	32 496	34 466	32 724	33 619	34 394	32 291	32 392	33 411
(%)	36	36	38	39	39	40	40	40	40
Universitário	54 781	56 752	57 089	51 406	51 651	51 036	48 139	48 876	50 360
(%)	64	64	62	61	61	60	60	60	60
TOTAL	85 639	89 248	91 555	84 130	85 270	85 430	80 430	81 268	83 771

Fonte: (OCES, 2005).

Resumindo, quanto ao número de vagas oferecidas, verificam-se dois fenómenos, a queda no número de vagas no ensino privado e cooperativo e a estabilidade do ensino público.

Num contexto nacional onde em 2007 existiam 376 917 alunos inscritos no ensino superior, sendo 75% alunos do ensino público (GPEARI, 2008), verificou-se que o acréscimo de alunos se deu essencialmente devido à crescente oferta do ensino público, de 2000 a 2007 (Quadro 6).

Quadro 6 - Estudantes inscritos no ensino superior: ensino público e privado em 2007.

2007	N.º alunos	Peso de cada sub-sistema (%)	Variação em relação a 2004 (%)	Variação em relação a 1995 (%)
Ensino público	284 333	0,75	0,01	0,43
Ensino privado	92 584	0,25	-0,06	-0,19
TOTAL	376 917		-0,01	0,2

Fonte: GPEARI/MCTES in GPEARI, 2008.

Quanto ao tipo de ensino que os alunos matriculados frequentam, 63% frequenta o ensino universitário, enquanto 37% frequenta o ensino politécnico (Quadro 7). O maior crescimento deve-se ao ensino politécnico com um crescimento de 69% em relação ao ano lectivo de 1995/96 (GPEARI, 2008).

Quadro 7 - Estudantes inscritos no ensino superior: ensino universitário e ensino politécnico.

2007	N.º alunos	Peso de cada sub-sistema (%)	Varição em relação a 2006 (%)	Varição em relação a 2004 (%)	Varição em relação a 1995 (%)
Ensino Universitário	237 219	63	3	-2	3
Ensino Politécnico	139 698	37	2	0	69
Total	376 917		3	-1	20

Fonte: GPEARI/MCTES in GPEARI, 2008.

Relativamente ao número de vagas por área científica (Quadro 8) verificou-se que em 2006, a área científica de formação que possuía o maior número de vagas foi a área de “Ciências Sociais, Comércio e Direito” com 32%, seguidas respectivamente pelas áreas da “Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção” com 18%, “Saúde e Protecção Social” com 16%, “Artes e Humanidades” com 10%, “Ciências, Matemática e Informática” com 8%, “Educação” com 7%, “Serviços” com 7% e em último lugar a “Agricultura”, com 1% de representação. A evolução do número de vagas por área científica de formação foi distinta, verificando-se maior incremento nas áreas da “Saúde e Protecção Social”, seguido pelas “Artes e Humanidades” e “Serviços” (OCES, 2005).

Quadro 8 – Evolução do número de vagas por área científica, de 1998 a 2006.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Agricultura	1955	1 945	1 775	1 920	1 860	1 755	1 454	1 283	1 233
(%)	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Artes e Humanidades	7 557	8 138	8 662	8 374	8 602	8 597	8 251	8 183	8 529
(%)	9	9	9	10	10	10	10	10	10
Ciências Sociais, Comércio e Direito	33 677	34 197	33 451	27 973	27 573	26 683	24 814	25 655	26 979
(%)	39	38	37	33	32	31	31	32	32
Ciências, Matemática e Informática	8 601	8 973	9 077	7 687	7 687	7 610	6 956	7 083	7 009
(%)	10	10	10	9	9	9	9	9	8
Educação	8 477	8 873	9 851	9 656	9 291	8 806	7 189	5 715	5 836
(%)	10	10	11	11	11	10	9	7	7
Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção	15 998	16 712	17 670	16 260	16 142	16 000	15 159	15 095	15 347
(%)	19	19	19	19	19	19	19	19	18
Saúde e Protecção Social	5 368	6 139	6 498	7 634	9 315	10 910	11 584	12 945	13 435
(%)	6	7	7	9	11	13	14	16	16
Serviços	4 006	4 271	4 571	4 626	4 800	5 069	5 023	5 309	5 403
(%)	5	5	5	5	6	6	6	7	6
TOTAL	85 639	89 248	91 555	84 130	85 270	85 430	80 430	81 268	83 771

Fonte: (OCES, 2005).

O Quadro 9 mostra o número de vagas total por região e vagas nas diversas áreas científicas. Verifica-se que o maior incremento pertence à área “Saúde e Protecção Social” com uma taxa de crescimento constantemente positiva, totalizando um incremento aproximado de 160%. A região do país onde se registou o maior

crescimento foi o Algarve com 447,4%. As áreas científicas que registaram taxas de crescimento negativas foram a agricultura e a educação, com taxas de -37% e -31,2%, respectivamente (OCES, 2005).

Quadro 9 - Número de vagas por NUTS II e área científica, em 1998 e 2006

Área científica	Ano	Região (NUTS II)							
		Alentejo	Algarve	Centro	Lisboa	Norte	R. A. Açores	R. A. Madeira	Total
Agricultura	1998	445	50	370	260	730	80	-	1955
	2006	280	15	310	265	343	20	-	1233
	Crescimento (%)	-37,1	-70	-16,2	-5,4	-53	-75	-	-37
Artes e Humanidades	1998	203	110	1470	3230	2359	110	75	7557
	2006	300	230	1939	3442	2543	25	50	8529
	Crescimento (%)	48,8	109,1	31,9	6,6	7,8	-77,3	-33,3	12,9
Ciências Sociais, Comércio e Direito	1998	1573	790	5150	15674	10350	65	75	33677
	2006	939	951	5023	11624	8010	175	257	26979
	Crescimento (%)	-10,3	20,4	-2,5	-25,8	-22,6	169,2	242,7	-19,9
Ciências, Matemática e Informática	1998	520	285	1460	3600	2551	80	105	8601
	2006	345	145	1289	2731	2369	80	50	7009
	Crescimento (%)	-33,7	-49,1	-11,7	-24,1	-7,1	0	-52,4	-18,5
Educação	1998	800	315	1975	2216	2891	185	95	8477
	2006	322	120	1214	1617	2408	40	115	5836
	Crescimento (%)	-69,8	-61,9	-36,5	-27	-16,7	-78,4	21,1	-31,2
Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção	1998	768	430	4085	5910	4785	20	-	15998
	2006	610	415	3580	6008	4564	80	90	15347
	Crescimento (%)	-20,6	-3,6	-12,4	1,7	-4,6	300	-	-4,1
Saúde e Protecção Social	1998	315	95	1160	1811	1842	80	65	5386
	2006	585	520	2489	4011	5555	155	120	13435
	Crescimento (%)	86,7	447,4	114,6	121,5	201,6	93,8	64,6	160,3
Serviços	1998	95	340	465	1748	1233	40	85	4006
	2006	643	325	1102	1822	1431	35	45	5403
	Crescimento (%)	576,8	-4,4	137	4,2	16,1	-12,5	-47,1	34,9
Total crescimento por NUTS II		540,8	387,9	204,2	51,7	121,5	319,8	195,6	97,4

Fonte: (OCES, 2005).

A análise do número de vagas disponíveis e do número de alunos inscritos pela 1ª vez, permite analisar a taxa de preenchimento das vagas oferecidas no concurso nacional de acesso ao ensino superior. A maior discrepância entre o número de vagas disponíveis e o número de alunos inscritos pela primeira vez, verifica-se na área de educação. Apesar do número de vagas oferecidas em cada ano diminuir, como se pode aferir no Quadro 10, o número de alunos inscritos está sempre francamente abaixo.

Quadro 10 - Vagas e inscritos no 1.º ano pela 1.ª vez por Área de Educação e Formação, de 2000-2001 a 2007-2008.

Área de Educação e Formação	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Vagas	Insc. (%)*	Vagas	Insc. (%)*	Vagas	Insc. (%)*	Vagas	Insc. (%)*	Vagas	Insc. (%)*	Vagas	Insc. (%)*	Vagas	Insc. (%)*	Vagas	Insc. (%)*
Educação	9 656	88,8	9 291	75,0	8 806	70,7	7 189	67,0	5 715	67,3	5 836	62,6	5 227	68,5	3 894	80,8
Artes e Humanidades	8 374	81,7	8 602	75,0	8 597	77,2	8 216	77,8	8 208	72,5	8 584	70,9	9 117	78,9	9 313	88,9
Ciências Sociais, Comércio e Direito	27 973	83,6	27 573	81,4	26 683	88,1	24 849	86,0	25 680	80,0	27 054	69,6	26 883	92,7	28 068	96,3
Ciências, Matemática e Informática	7 687	81,9	7 687	73,9	7 610	72,5	6 956	70,9	7 083	62,9	6 979	60,9	7 163	73,3	6 977	86,1
Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção	16 260	87,1	16 142	82,1	16 000	85,5	15 159	86,7	15 095	82,1	15 417	71,3	15 081	89,1	15 682	108,5
Agricultura	1 920	82,4	1 860	65,7	1 755	60,6	1 454	58,0	1 283	73,0	1 233	73,7	1 201	101,7	1 247	127,9
Saúde e Protecção Social	7 634	98,1	9 315	100,7	10 910	101,2	11 584	101,8	12 945	94,9	13 435	92,1	13 912	98,2	14 764	98,3
Serviços	4 626	93,4	4 800	89,4	5 069	88,3	5 023	80,8	5 259	72,8	5 393	67,3	5 563	87,3	6 285	93,4
TOTAL	84 130	86,4	85 270	81,7	85 430	84,5	80 430	83,7	81 268	79,1	83 931	72,3	84 147	88,1	86 230	96,8

* Inscritos no primeiro ano pela primeira vez. Valor em (%) calculado pelo autor. Quadro original no Anexo 7.

Fonte: Informação recolhida nas respectivas portarias ministeriais que fixam as vagas; Inquérito estatístico aos alunos diplomados e matriculados do ensino superior, GPEARI/MCTES in GPEARI (2008), mais cálculos efectuados pelo autor*.

Apenas em 2007/08 se verifica uma melhor aproximação do número de vagas oferecidas e alunos inscritos. O ajuste é feito pela contínua diminuição do número de vagas oferecidas e não pelo número de alunos inscritos, pois continua a decrescer em relação a anos anteriores. Por outro lado, o excepcional incremento do número de vagas oferecidas na área da saúde e protecção social é acompanhado, relativamente perto, pelo número de alunos inscritos pela primeira vez, não aparentando tendências de estabilização, até ao último ano apresentado no mesmo quadro (GPEARI, 2008).

Relativamente aos níveis de ensino, o maior incremento desde 1995 é referente aos mestrados com incremento extraordinário de 343% (Quadro 11). Também significativo é o aumento do número de doutorandos em relação ao ano lectivo de 2006 com um aumento de 18% o que representa um total de 11 344 alunos (GPEARI, 2008).

Quadro 11 - Estudantes inscritos no ensino superior por níveis de ensino

2007	N.º inscritos	Variação em relação a 2006 (%)	Variação em relação a 1995 (%)
Licenciatura	331 603*	-2	13
Mestrado	27 204	134	343
Doutoramento	11 344	18	Não disponível
Outras formações	6 766	-23	-54
TOTAL	376 917	3	20

Fonte: GPEARI/MCTES *cit in* GPEARI, 2008.

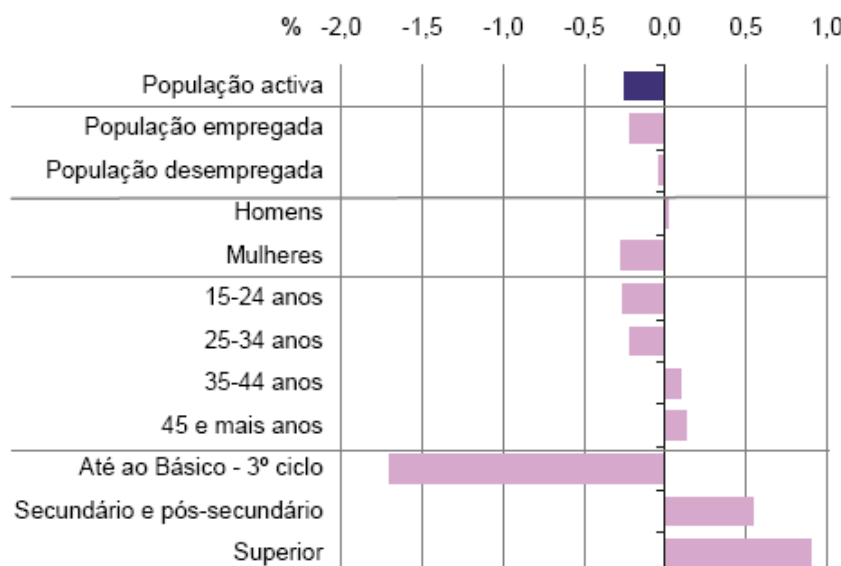
2.2. Desemprego e ofertas de emprego entre os diplomados do ensino superior

Em 2007/08 diplomaram-se 84 009 alunos, sendo 77% do ensino público e 23% do ensino privado, sendo este número total representado por 77% de licenciados (GPEARI, 2009). Apesar do número de desempregados entre os licenciados estar a aumentar, tal não afecta o aumento do número de vagas de acesso ao ensino superior (MCTES, 2008; GPEARI/MCTES, 2009; Instituto de Emprego e Formação Profissional - IEFP, 2009).

Antes de efectivamente apresentar os números do desemprego, considera-se pertinente abordar o número de indivíduos em idade activa a nível nacional. Para o 4º trimestre de 2008, a população média estimada era de 5 613 900 indivíduos. Este número apresenta uma quebra de 13 800 indivíduos face ao trimestre homólogo de 2007 representando uma quebra de 0,2%. Quando são contemplados os grupos

etários na análise, verifica-se uma diminuição da população em todos grupos etários com a excepção do grupo dos 35 aos 64 anos, onde aumentou 0,6% que representa 18 900 indivíduos. O decréscimo é destacado entre os indivíduos com idades de 15 a 24 anos, com uma variação de 2,8% face ao trimestre homólogo de 2007 (Gráfico 2). Face à população empregada (Gráfico 3), o cenário é semelhante contribuindo para diminuição homóloga da população total, todos os grupos etários, com a excepção do grupo com idades de 45 a 64 anos, que registou um aumento de 1,1%, correspondente a 19 700 indivíduos. Especial destaque para a diminuição da população empregada do grupo etário 15 aos 24 anos, cujo número diminuiu 4,2%, correspondendo a 17 800 indivíduos (INE, 2008).

Gráfico 2 - Contributos para a taxa de variação homóloga da população activa no 4º trimestre de 2008.

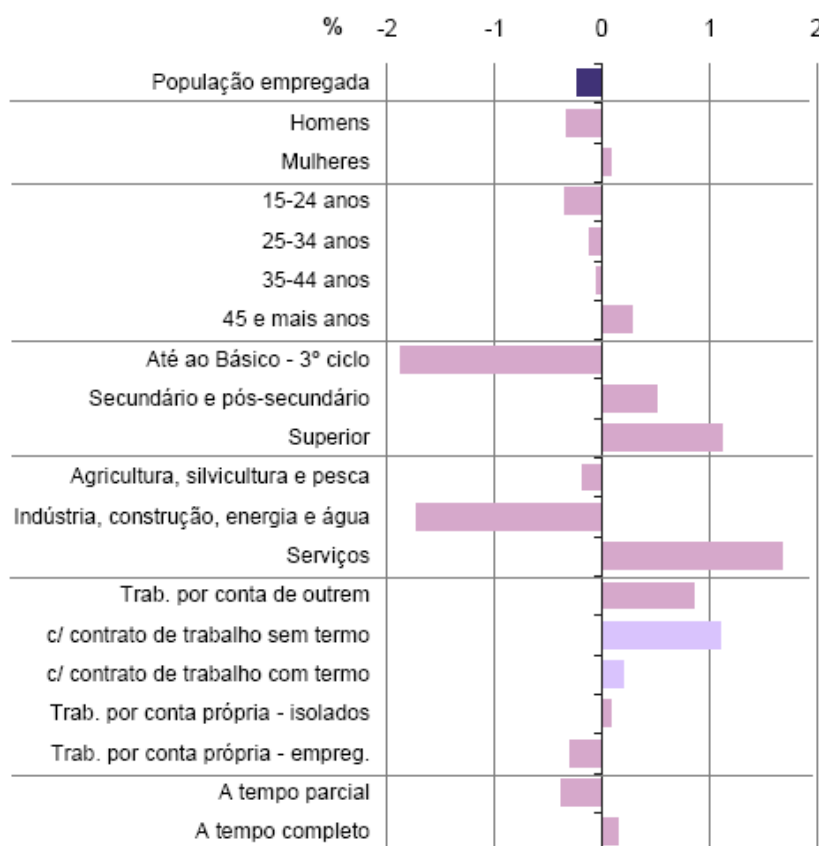


Fonte: INE (2008).

O desemprego no continente referente ao final de 2008 sofreu um aumento de 6,7% no espaço de um ano, o que implica mais 25 109 pessoas inscritas nos centros de emprego. Apesar do desemprego ter crescido em ambos os géneros, cresceu com maior expressão nos homens (+14,8%) (IEFP, 2009). Em Portugal cerca de 9,1% da população inscrita nos centros de emprego, em Dezembro de 2008, à procura do primeiro emprego ou de um novo emprego, tem habilitações de nível superior (GPEARI/MCTES, 2009; IEFP, 2009). No mesmo período de 2007, os desempregados com habilitação superior representavam 10,2% do total de desempregados (GPEARI/MCTES, 2008). Em todos os anos considerados pelos relatórios do GPEARI/DSIEES (2007), GPEARI/MCTES (2008, 2008b e 2009) que contemplam dados de 2002 a 2008, os desempregados com diploma de ensino superior são umas

das categorias com menor representação no total dos desempregados. A categoria com maior representação de desempregados é a do “Professores do Ensino Básico – 1.º Ciclo”.

Gráfico 3 - Contributos para a taxa de variação homóloga da população empregada no 4º trimestre de 2008.



Fonte: INE (2008).

Relativamente ao número total de diplomados pelo ensino superior com idades entre 15 e 64 residentes em Portugal, 4,1% estão inscritos nos centros de emprego (GPEAR/MCTES, 2009, IEFP, 2009) em comparação com 4,5% do mesmo período em 2007 (GPEAR/MCTES, 2008). Apesar do número total de inscritos nos centros de emprego ter aumentado em 7% em relação a Dezembro de 2007 (de 390 280 para 416 005), houve um decréscimo de 4% dos inscritos com habilitações de nível superior⁵⁰ (de 39 627 para 38 018). O aumento do número de inscritos incidiu nos

50 A variação do número de inscritos nos centros de emprego com habilitação superior não é exclusiva do mês Dezembro verificando-se essa tendência nos restantes meses em comparação com os meses homólogos de 2007, apesar do incremento do número de pessoas com habilitação superior (15-64 anos) em Portugal: 881,9 em 2007 e 937,8 em 2008 (4.º trimestre).

indivíduos “sem nenhum nível de instrução” - 5%, no “Básico – 1.º ciclo” - 3%, no “Básico – 2.º ciclo” - 12%, no “Básico – 3.º ciclo” - 14% e no “Secundário” - 7% (GPEARI/MCTES, 2009, IEFP, 2009).

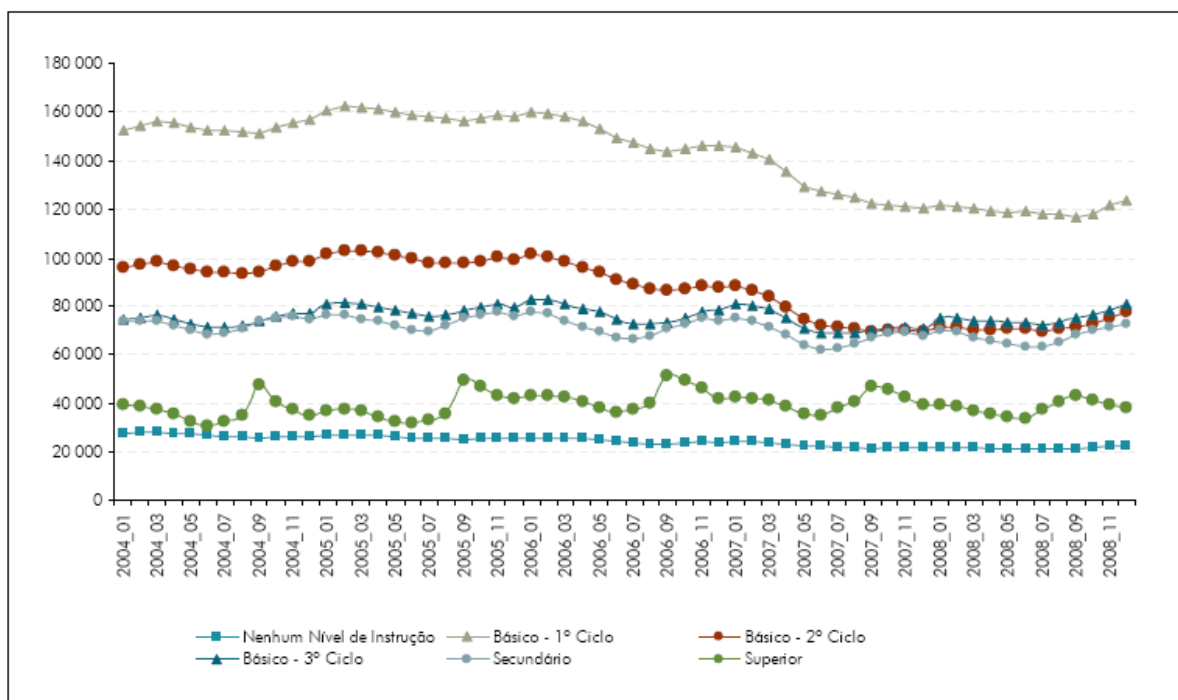
No plano geral de desempregados, 38,3% foram inscritos em 2008, por “fim de trabalho não permanente” e 17,9% por “despedimentos”. As profissões mais representadas nos inscritos nos centros de emprego até fim de 2008 são: “Pessoal dos serviços, de protecção e segurança”, “Trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio”, “Empregados de escritório”, “Trabalhadores não qualificados das minas, construção civil e indústria transformadora” e “Manequins, vendedores e demonstradores”. Em comparação com o ano anterior, a subida do desemprego foi mais acentuada nos “Operários e trabalhadores similares da indústria extractiva e construção civil” e “Operadores de instalações fixas e similares”. Especial destaque para os “Docentes do ensino secundário, superior e profissões similares” que contribuíram para as reduções mais marcadas (IEFP, 2009).

A população com habilitação superior em Portugal entre 2003 e 2007, aumentou cerca de 20%. Em contrapartida, entre Dezembro de 2003 e Dezembro de 2007 o número de pessoas com habilitação superior inscrita nos centros de emprego não variou significativamente (Dezembro de 2003: 39 785; Dezembro de 2007: 39 627), o que revela a capacidade do mercado de trabalho para absorver os novos diplomados⁵¹ (GPEARI/MCTES, 2008).

De 37 176 pessoas com habilitação superior inscritas nos centros de emprego do Continente em Dezembro de 2008, 40% são da região Norte do país (GPEARI/MCTES, 2009), o que representa um decréscimo de 1,6% em relação ao mesmo período em 2007 (GPEARI/MCTES, 2008). Apesar da prevalência do desemprego ser a maior nesta região, é Lisboa que tem a maior representatividade de pessoas com habilitação superior. No geral, em Dezembro de 2008, o Norte representa quase 47% do total do desemprego a nível nacional, constituindo um número total de 183 893 indivíduos, como se pode constatar no Quadro 12 (GPEARI/MCTES, 2009).

51 Ver Gráfico 3.

Gráfico 4 – Desempregados inscritos nos centros de emprego por meses e níveis de ensino, Janeiro de 2004 a Dezembro de 2008 (Portugal).



Fontes: Dados publicados nos Boletins mensais sobre os inscritos nos centros de emprego em Portugal, Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P. (IEFP). Dados do 4.º trimestre do Inquérito ao Emprego sobre a população (15 – 64 anos) residente em Portugal por níveis de ensino, Instituto Nacional de Estatística (INE) – ANEXO V (in GPEARI/MCTES, 2009).

Quadro 12 – Desempregados por NUTS II, Dezembro de 2008 (Continente).

	Total de desempregados		Total de desempregados sem habilitação superior		Desempregados com habilitação superior	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
NORTE	183 893	45,7%	169 141	46,3%	14 752	39,7%
CENTRO	82 371	20,5%	72 935	20,0%	9 436	25,4%
LISBOA	91 535	22,7%	81 754	22,4%	9 781	26,3%
ALENTEJO	28 248	7,0%	26 079	7,1%	2 169	5,8%
ALGARVE	16 498	4,1%	15 460	4,2%	1 038	2,8%
TOTAL	402 545	100,0%	365 369	100,0%	37 176	100,0%

Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (in GPEARI/MCTES, 2009).

Em 2008, o IEFP (2009) registou um novo decréscimo no tempo médio de permanência em ficheiro dos desempregados inscritos nos centros de emprego. Em 2007 o tempo médio de espera era de 14,7 meses, tendo reduzido para 13,4 meses em 2008. Este decréscimo resulta da diminuição do desemprego de longa duração por um lado mas também devido ao acentuado aumento do desemprego de curta duração.

Os desempregados com habilitação superior apresentam características específicas quando comparados com a restante população, características essas que se enquadram numa lógica de transição entre o fim da fase de formação e o início da fase de exercício laboral. A prevalência em condição de procura de emprego há menos de um ano, considerada de “curta duração” representa 76% dos inscritos com habilitação superior em comparação com 63% do número total dos desempregados sem habilitação superior. A prevalência em condição de procura de primeiro emprego também é superior para quem tem habilitação superior, 33%, em comparação com 8% do número total de desempregados, como se pode verificar no Quadro 13 (GPEARI/MCTES, 2009, IEFP, 2009).

Quadro 13 – Desempregados por tempo de inscrição, Dezembro de 2008 (Continente).

	Total de desempregados		Total de desempregados sem habilitação superior		Desempregados com habilitação superior	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
< 3 Meses	127 652	31,7%	115 572	31,6%	12 080	32,5%
3 a < 6 Meses	66 091	16,4%	56 531	15,5%	9 560	25,7%
6 a < 12 Meses	65 545	16,3%	59 097	16,2%	6 448	17,3%
12 a < 24 Meses	61 043	15,2%	55 221	15,1%	5 822	15,7%
>= 24 Meses	82 214	20,4%	78 948	21,6%	3 266	8,8%
TOTAL	402 545	100,0%	365 369	100,0%	37 176	100,0%

Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (in GPEARI/MCTES, 2009).

Os dados reunidos pelo GPEARI/MCTES (2009), indicam que 58% dos inscritos nos centros de emprego concluíram o curso em anos recentes (entre 2005 e 2008), e que 51% dos desempregados encontram-se à procura de novo emprego há menos de um ano (de um total de 32 256 desempregados validados). Portanto, o desemprego entre os diplomados não deve ser entendido como resultado da saturação do mercado de trabalho, pois “*O tempo compreensível que decorre entre o fim de uma formação e o início de uma actividade (processo que passa frequentemente pela inscrição nos centros de emprego) é uma dimensão importante a ter em conta na análise do grupo populacional com habilitação superior que procura emprego.*” (GPEARI/MCTES, 2009:13).

O Quadro 14, mostra que os dois primeiros grupos de idades “menos de 25 anos” e “35 a 54 anos” representam 72,4% dos indivíduos à procura de emprego com habilitação superior inscritos nos centros de emprego, o que demonstra uma estrutura etária mais jovem, em comparação com o total de desempregados sem habilitação

superior que corresponde a 32,8% dentro das mesmas faixas etárias. Neste caso, a faixa etária que com maior representatividade é a de 35 a 54 anos com o total de 45,8% dos registos (GPEARI/MCTES, 2009).

Quadro 14 – Desempregados por grupo etário, Dezembro de 2008 (Continente).

	Total de desempregados		Total de desempregados sem habilitação superior		Desempregados com habilitação superior	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
< 25 Anos	53 732	13,3%	45 527	12,5%	8 205	22,1%
25 - 34 Anos	93 046	23,1%	74 336	20,3%	18 710	50,3%
35 - 54 Anos	176 083	43,7%	167 319	45,8%	8 764	23,6%
55 Anos e +	79 684	19,8%	78 187	21,4%	1 497	4,0%
TOTAL	402 545	100,0%	365 369	100,0%	37 176	100,0%

Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (in GPEARI/MCTES, 2009).

Quanto ao género dos desempregados, apresentado no Quadro 15, 69% dos desempregados com habilitação superior são do sexo feminino (GPEARI/MCTES, 2009). Este registo sofre uma subida acentuada comparativamente ao valor do ano passado que se situava em 59% (GPEARI/MCTES, 2008).

Quadro 15 – Desempregados por género, Dezembro de 2008 (Continente).

	Total de desempregados		Total de desempregados sem habilitação superior		Desempregados com habilitação superior	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	173 565	43,1%	161 864	44,3%	11 701	31,5%
Feminino	228 980	56,9%	203 505	55,7%	25 475	68,5%
TOTAL	402 545	100,0%	365 369	100,0%	37 176	100,0%

Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (in GPEARI/MCTES, 2009).

Segundo o GPEARI/MCTES, (2009), a prevalência do sexo feminino na população em 2008 com habilitação superior no território continental é inferior situando-se nos 60,5%. O valor desce substancialmente para 56% no sexo feminino quando se contabiliza o número de registos nos centros de emprego das pessoas sem habilitação superior.

O Quadro 16 mostra que a procura do primeiro emprego é superior nos desempregados com habilitação superior situando-se 33,3%. Por outro lado o maior

número de desempregados inscritos no centro de emprego, diz respeito aos que não tem habilitação superior com 94,6%. No plano geral, 92% dos desempregados procuram um novo emprego (GPEARI/MCTES, 2009).

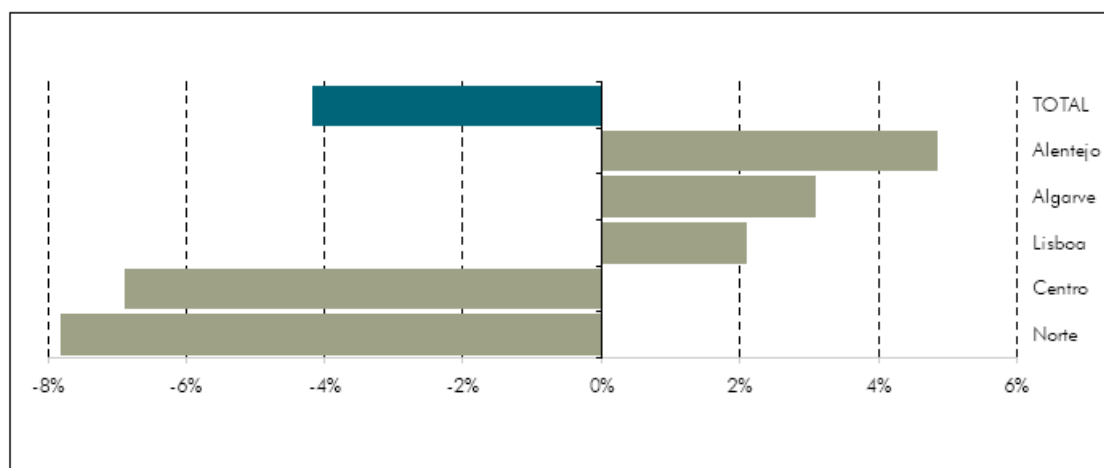
Quadro 16 – Desempregados por situação de procura de emprego, Dezembro de 2008 (Continente).

	Total de desempregados		Total de desempregados sem habilitação superior		Desempregados com habilitação superior	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1.º Emprego	32 262	8,0%	19 892	5,4%	12 370	33,3%
Novo emprego	370 283	92,0%	345 477	94,6%	24 806	66,7%
TOTAL	402 545	100,0%	365 369	100,0%	37 176	100,0%

Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (*in* GPEARI/MCTES, 2009).

Em Dezembro de 2008, comparativamente com o mês homólogo de 2007, como se pode aferir no Gráfico 5, verificou-se um aumento do número de inscritos com habilitação superior nas regiões de Lisboa, com 201 registos (+2%), Alentejo, com 100 registos (+5%), e no Algarve, com 31 registos (+3%). Apesar de ainda representar o maior número de desempregados, a região Norte regista a maior redução com menos 1 253 registos, seguindo-se a região do Centro com menos 698 registos, relativos a pessoas com habilitação de nível superior (GPEARI/MCTES, 2009).

Gráfico 5 – Variação (%) do número de desempregados com habilitação superior por NUTS II, Dezembro de 2007 e de 2008 (Continente).

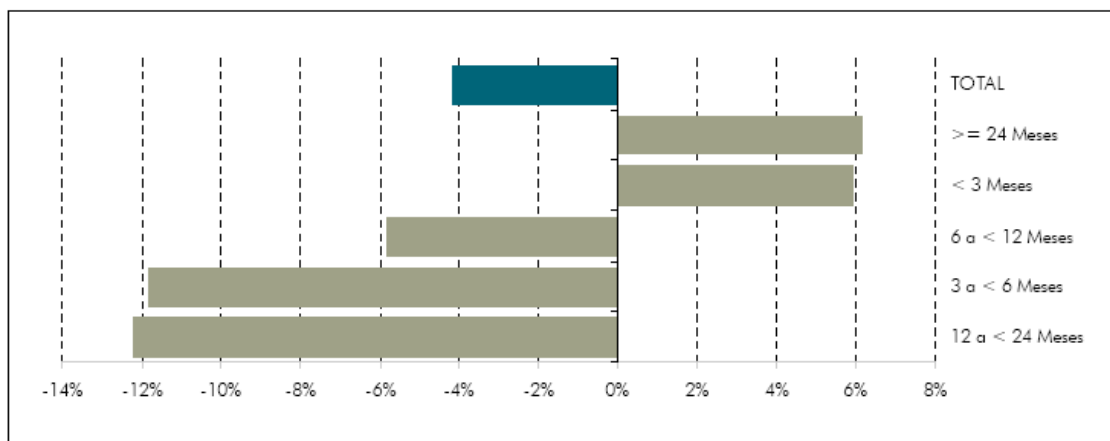


Fonte: GPEARI/MCTES, 2009.

Segundo o Gráfico 6, verifica-se um incremento de aproximadamente 6% do número de desempregados com habilitação superior que se encontram em espera há menos de 3 meses e há mais de 24 meses. Porém, na sua generalidade existiu um

decréscimo de aproximadamente 4% em relação ao mês homólogo de 2007 (GPEARI/MCTES, 2009).

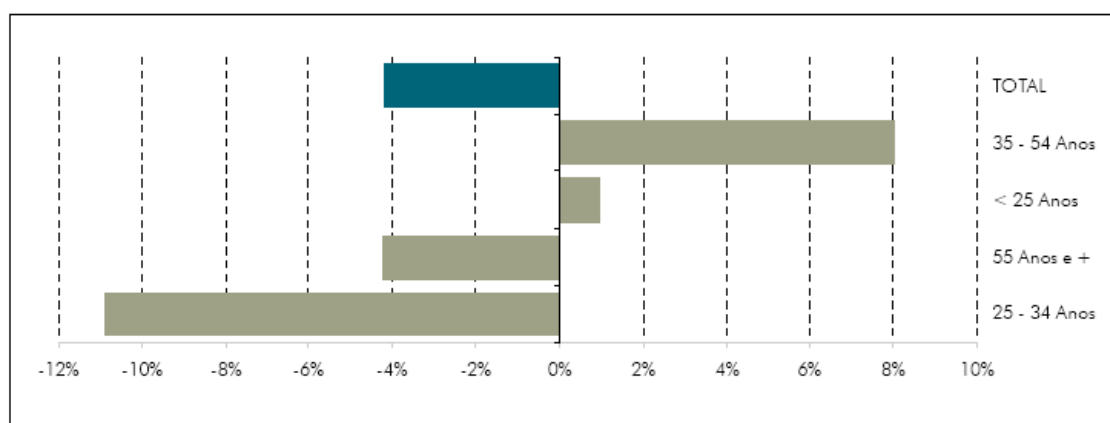
Gráfico 6 – Variação (%) do número de desempregados com habilitação superior por tempo de inscrição, Dezembro de 2007 e de 2008 (Continente).



Fonte: GPEARI/MCTES, 2009.

Em geral, houve um decréscimo do número desempregados para os desempregados com habilitação superior de aproximadamente 4% (Gráfico 7). Este decréscimo deu-se mais à base da faixa etária dos 25 aos 34 anos com aproximadamente 11% de redução, fortemente compensada pela faixa etária que mais incremento sofre, a dos 35 aos 54 anos com 8% de aumento (GPEARI/MCTES, 2009).

Gráfico 7 – Variação (%) do número de desempregados com habilitação superior por grupo etário, Dezembro de 2007 e de 2008 (Continente)



Fonte: GPEARI/MCTES, 2009.

Como se pode verificar no Quadro 16, registou-se um aumento do número de desempregados na área da saúde de 2375 para 2492 que é o inverso da tendência do total dos desempregados com habilitação superior. Regista-se também que tanto em

2007 como em 2008, a maioria procura o primeiro emprego (GPEARI/MCTES, 2009). O desemprego na área da saúde representa 12,4% do desemprego total nos desempregados com habilitação superior em 2007, e representa 13,8% em 2008.

Quadro 16 – Desempregados com habilitação superior por áreas de estudo e situação de procura de emprego, Dezembro de 2007 e Dezembro de 2008 (Continente).

	Dezembro 2007					Dezembro 2008				
	1.º Emprego		Novo emprego		TOTAL	1.º Emprego		Novo emprego		TOTAL
	N.º	%	N.º	%		N.º	%	N.º	%	
14 - Formação de professores/formadores e ciências da educação	1 425	23,7%	4 598	76,3%	6 023	975	16,2%	2 891	48,0%	3 866
21 - Artes	642	36,7%	1 109	63,3%	1 751	826	47,2%	1 299	74,2%	2 125
22 - Humanidades	450	17,2%	2 161	82,8%	2 611	377	14,4%	1 698	65,0%	2 075
31 - Ciências sociais e do comportamento	1 923	38,6%	3 053	61,4%	4 976	1 508	30,3%	3 086	62,0%	4 594
32 - Informação e jornalismo	388	37,1%	657	62,9%	1 045	439	42,0%	812	77,7%	1 251
34 - Ciências empresariais	1 531	24,7%	4 658	75,3%	6 189	1 636	26,4%	5 232	84,5%	6 868
38 - Direito	307	26,8%	838	73,2%	1 145	298	26,0%	939	82,0%	1 237
42 - Ciências da vida	275	50,0%	275	50,0%	550	330	60,0%	305	55,5%	635
44 - Ciências físicas	270	33,2%	544	66,8%	814	244	30,0%	422	51,8%	666
46 - Matemática e estatística	60	26,7%	165	73,3%	225	47	20,9%	162	72,0%	209
48 - Informática	85	26,2%	239	73,8%	324	84	25,9%	249	76,9%	333
52 - Engenharia e técnicas afins	1 090	34,0%	2 120	66,0%	3 210	885	27,6%	2 223	69,3%	3 108
54 - Indústrias transformadoras	255	36,3%	447	63,7%	702	253	36,0%	480	68,4%	733
58 - Arquitectura e construção	661	41,4%	934	58,6%	1 595	731	45,8%	1 177	73,8%	1 908
62 - Agricultura, silvicultura e pescas	275	26,7%	756	73,3%	1 031	217	21,0%	754	73,1%	971
64 - Ciências veterinárias	58	54,7%	48	45,3%	106	77	72,6%	46	43,4%	123
72 - Saúde	1 637	68,9%	738	31,1%	2 375	1 701	71,6%	791	33,3%	2 492
76 - Serviços sociais	901	51,9%	834	48,1%	1 735	853	49,2%	896	51,6%	1 749
81 - Serviços pessoais	345	32,6%	712	67,4%	1 057	413	39,1%	847	80,1%	1 260
84 - Serviços de transporte	3	12,5%	21	87,5%	24	1	4,2%	23	95,8%	24
85 - Protecção do ambiente	416	62,8%	246	37,2%	662	412	62,2%	297	44,9%	709
86 - Serviços de segurança	24	44,4%	30	55,6%	54	39	72,2%	43	79,6%	82
Subtotal	13 021	34,1%	25 183	65,9%	38 204	12 346	32,3%	24 672	64,6%	37 018
Sem Área	140	23,7%	451	76,3%	591	24	4,1%	134	22,7%	158
TOTAL	13 161	33,9%	25 634	66,1%	38 795	12 370	31,9%	24 806	63,9%	37 176

Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (in GPEARI/MCTES, 2009).

No Quadro 17, o grupo etário com maior taxa de desemprego é o dos 25 aos 34 anos, com a excepção da área da saúde, onde o número de desempregados cai na faixa menor de 25 anos. Para os “serviços de transporte” a faixa mais representativa é a dos 35 aos 54 anos de idade (GPEARI/MCTES, 2009; IEFP, 2009).

Quadro 17 – Desempregados com habilitação superior por áreas de estudo e grupo etário, Dezembro de 2008 (Continente).

	< 25 Anos		25 - 34 Anos		35 - 54 Anos		55 Anos e +		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
14 - Formação de professores/formadores e ciências da educação	737	19,1%	2 363	61,1%	704	18,2%	62	1,6%	3 866
21 - Artes	586	27,6%	1 165	54,8%	351	16,5%	23	1,1%	2 125
22 - Humanidades	227	10,9%	952	45,9%	768	37,0%	128	6,2%	2 075
31 - Ciências sociais e do comportamento	905	19,7%	2 397	52,2%	1 114	24,2%	178	3,9%	4 594
32 - Informação e jornalismo	408	32,6%	670	53,6%	167	13,3%	6	0,5%	1 251
34 - Ciências empresariais	1 149	16,7%	3 225	47,0%	2 169	31,6%	325	4,7%	6 868
38 - Direito	126	10,2%	611	49,4%	445	36,0%	55	4,4%	1 237
42 - Ciências da vida	175	27,6%	366	57,6%	94	14,8%	0	0,0%	635
44 - Ciências físicas	119	17,9%	382	57,4%	154	23,1%	11	1,7%	666
46 - Matemática e estatística	17	8,1%	118	56,5%	68	32,5%	6	2,9%	209
48 - Informática	45	13,5%	181	54,4%	103	30,9%	4	1,2%	333
52 - Engenharia e técnicas afins	377	12,1%	1 429	46,0%	890	28,6%	412	13,3%	3 108
54 - Indústrias transformadoras	139	19,0%	369	50,3%	213	29,1%	12	1,6%	733
58 - Arquitectura e construção	272	14,3%	1 126	59,0%	428	22,4%	82	4,3%	1 908
62 - Agricultura, silvicultura e pescas	58	6,0%	488	50,3%	360	37,1%	65	6,7%	971
64 - Ciências veterinárias	43	35,0%	64	52,0%	12	9,8%	4	3,3%	123
72 - Saúde	1 606	64,4%	677	27,2%	160	6,4%	49	2,0%	2 492
76 - Serviços sociais	660	37,7%	890	50,9%	179	10,2%	20	1,1%	1 749
81 - Serviços pessoais	352	27,9%	660	52,4%	233	18,5%	15	1,2%	1 260
84 - Serviços de transporte	2	8,3%	6	25,0%	13	54,2%	3	12,5%	24
85 - Protecção do ambiente	167	23,6%	497	70,1%	45	6,3%	0	0,0%	709
86 - Serviços de segurança	32	39,0%	32	39,0%	14	17,1%	4	4,9%	82
Subtotal	8 202	22,2%	18 668	50,4%	8 684	23,5%	1 464	4,0%	37 018
Sem Área	3	1,9%	42	26,6%	80	50,6%	33	20,9%	158
TOTAL	8 205	22,1%	18 710	50,3%	8 764	23,6%	1 497	4,0%	37 176

Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (*in* GPEARI/MCTES, 2009).

No Quadro 18 foi contemplada a origem da formação dos desempregados inscritos nos centros de emprego. Assim, em Dezembro de 2008, os desempregados quanto à origem da sua formação, encontram-se distribuídos em 65% do ensino público e 35% do ensino privado. Ora esta distribuição corresponde sensivelmente à proporção dos diplomados entre 1997 e 2006, em que 66% são do ensino público e 34% do ensino privado. Da totalidade de 32 256 desempregados 38% diplomaram-se no ensino politécnico e 62% no ensino universitário, demonstrando uma maior proporção de desemprego entre os diplomados do ensino universitário que corresponde a 53% dos diplomados entre 1997 e 2006, relativamente a 47% dos diplomados pelo ensino politécnico (GPEARI/MCTES, 2009).

Quadro 18 – Desempregados, com par estabelecimento/curso e ano de conclusão do curso, por subsistema de ensino, Dezembro de 2008 e diplomados de 1997-1998 a 2006-2007 (Continente).

Subsistema de Ensino		Desempregados		Diplomados de 1997-1998 a 2006-2007	
		N.º	%	N.º	%
Ensino Público	Universitário	11 900	36,9%	213 976	34,8%
	Politécnico	8 930	27,7%	191 772	31,2%
	Total	20 830	64,6%	405 748	66,1%
Ensino Privado	Universitário	8 108	25,1%	114 521	18,6%
	Politécnico	3 318	10,3%	93 818	15,3%
	Total	11 426	35,4%	208 339	33,9%
TOTAL		32 256	100,0%	614 087	100,0%

Fonte: Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (*in* GPEARI/MCTES, 2009).

O Quadro 19 apresenta os desempregados inscritos nos centros de emprego de acordo com o ano de conclusão de curso de 1998 a 2008, comparados pelos diplomados de 1997 a 2006 nas instituições de ensino superior. A sua distribuição por áreas de estudo permite verificar as áreas com desempregados que estão acima e abaixo dos 4,4% de valor médio de desempregados entre os diplomados com habilitação de nível superior. Destacam-se os valores mais altos a nível dos “Serviços sociais” (10%), “Protecção do ambiente” (8%), “Informação e jornalismo” (7%) e “Ciências sociais e do comportamento” (7%). Os valores mais baixos de desemprego por área são relativos aos “Serviços de transporte (2%), “Matemática e estatística” (2%), “Saúde” (2%) e “Informática” (2%) (GPEARI/MCTES, 2009).

Pode-se verificar também a ponderação entre o número de desempregados na área, comparativamente com o número de diplomados. Assim sendo, pela comparação entre o número de desempregados que concluíram o grau entre 1998 e 2008 (dados consolidados) e o número de diplomados entre 1997-1998 e 2006-2007, é possível referir que nas áreas de “Serviços sociais” (10%), “Protecção do ambiente” (8%), “Informação e jornalismo” (7%) e “Ciências sociais e do comportamento” (7%), o peso relativo dos desempregados em comparação com o número de diplomados na mesma área, é consideravelmente alto. Por outro lado, as áreas como “Serviços de transporte” (2%), “Matemática e estatística” (2%), “Saúde” (2%) e “Informática” (2%), apresentam um peso relativo de desempregados em relação ao número de diplomados na mesma área, mais baixo.

Quadro 19 – Relação entre desempregados, com par estabelecimento/curso e ano de conclusão do curso de 1998 a 2008 (Dezembro de 2008) e diplomados de 1997-1998 a 2006-2007 (Continente).

	Desempregados com ano de conclusão do curso		Diplomados		Desempregados/ Diplomados (%)
	1998 a 2008		1997-1998 a 2006-2007		
	N.º (A)	%	N.º (B)	%	(A) / (B)
14 - Formação de professores/formadores e ciências da educação	3 309	12,2%	99 971	16,3%	3,3%
21 - Artes	1 551	5,7%	27 095	4,4%	5,7%
22 - Humanidades	1 407	5,2%	26 364	4,3%	5,3%
31 - Ciências sociais e do comportamento	3 571	13,2%	49 160	8,0%	7,3%
32 - Informação e jornalismo	985	3,6%	13 429	2,2%	7,3%
34 - Ciências empresariais	4 289	15,9%	104 674	17,0%	4,1%
38 - Direito	861	3,2%	24 286	4,0%	3,5%
42 - Ciências da vida	540	2,0%	9 582	1,6%	5,6%
44 - Ciências físicas	582	2,2%	10 662	1,7%	5,5%
46 - Matemática e estatística	163	0,6%	7 145	1,2%	2,3%
48 - Informática	247	0,9%	10 131	1,6%	2,4%
52 - Engenharia e técnicas afins	1 829	6,8%	50 919	8,3%	3,6%
54 - Indústrias transformadoras	514	1,9%	7 953	1,3%	6,5%
58 - Arquitectura e construção	1 456	5,4%	29 639	4,8%	4,9%
62 - Agricultura, silvicultura e pescas	551	2,0%	10 630	1,7%	5,2%
64 - Ciências veterinárias	103	0,4%	2 062	0,3%	5,0%
72 - Saúde	2 031	7,5%	84 338	13,7%	2,4%
76 - Serviços sociais	1 449	5,4%	14 531	2,4%	10,0%
81 - Serviços pessoais	914	3,4%	20 730	3,4%	4,4%
84 - Serviços de transporte	10	0,0%	557	0,1%	1,8%
85 - Protecção do ambiente	587	2,2%	7 630	1,2%	7,7%
86 - Serviços de segurança	67	0,2%	2 599	0,4%	2,6%
TOTAL	27 016	100,0%	614 087	100,0%	4,4%

Fontes: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social; Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (*in* GPEAR/MCTES, 2009).

As profissões que constam no Quadro 20 são definidas pela Classificação Nacional das Profissões⁵². As profissões das tecnologias da saúde tal como inspectores e técnicos agrários, entre outras, enquadram-se no ponto 3.2 do referido quadro, que se refere às “Profissões de nível intermédio das ciências da vida e da saúde”. Verifica-se que a variação de oferta de emprego anual desde 2006 tem sido positiva. No entanto, enquanto se verifica que a variação de 2006 para 2007 está ao

52 O Decreto-Lei n.º396/2007, de 31 de Dezembro estabelece o regime jurídico do Sistema Nacional de qualificações e define as estruturas que asseguram o seu funcionamento.

nível da variação total de oferta de emprego, a oferta de 2007 para 2008 do mesmo grupo é o dobro em relação ao total nacional. Estes dados demonstram um acréscimo de procura dos profissionais que integram este grupo. Por outro lado, quando se observa o ponto 2.2 que é referente ao grupo “Especialistas ciências da vida e profissionais da saúde”, ou seja, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, engenheiros agrónomos, entre outros, a variação da oferta é quase o quádruplo relativamente ao total nacional de 2006 para 2007, e quase o triplo da variação de oferta total de 2007 para 2008. Assim, neste grupo, a oferta tem aumentado em maiores proporções nestes últimos anos (IEFP, 2009).

Quadro 20 – Ofertas de Emprego recebidas por Profissão (Movimento ao longo do ano).

CONTINENTE								
	2006	%	2007	%	2008	%	Var.%	
							2007/2006	2008/2007
TOTAL	101 076	100,0	113 251	100,0	121 066	100,0	+12,0	+6,9
1.1 - Quadros superiores da administração pública	2	0,0	7	0,0	6	0,0	+250,0	-14,3
1.2 - Directores de empresa	185	0,2	219	0,2	238	0,2	+18,4	+8,7
1.3 - Directores e gerentes de pequenas empresas	89	0,1	107	0,1	152	0,1	+20,2	+42,1
2.1 - Especialistas ciências físicas, matem. e engenh.	825	0,8	931	0,8	1 024	0,8	+12,8	+10,0
2.2 - Especialistas ciências da vida e prof. da saúde	182	0,2	261	0,2	310	0,3	+43,4	+18,8
2.3 - Docentes ensino secundário, superior e prof. simil.	251	0,2	255	0,2	298	0,2	+1,6	+16,9
2.4 - Outros especial. profissões intelectuais e científicas	873	0,9	884	0,8	1 045	0,9	+1,3	+18,2
3.1 - Técn. nível interm. da física, química e engenh.	2 196	2,2	2 451	2,2	3 057	2,5	+11,6	+24,7
3.2 - Prof. nível interm. das ciênc. da vida e da saúde	372	0,4	415	0,4	465	0,4	+11,6	+12,0
3.3 - Profissionais de nível intermédio do ensino	285	0,3	284	0,3	485	0,4	-0,4	+70,8
3.4 - Outros técnicos e profissionais de nível intermédio	3 807	3,8	4 342	3,8	4 351	3,6	+14,1	+0,2
4.1 - Empregados de escritório	7 813	7,7	9 043	8,0	8 815	7,3	+15,7	-2,5
4.2 - Empregados de recepção, caixas, bilheteiros e simil.	3 086	3,1	2 794	2,5	3 550	2,9	-9,5	+27,1
5.1 - Pessoal dos serviços, de protecção e segurança	19 322	19,1	20 898	18,5	23 089	19,1	+8,2	+10,5
5.2 - Manequins, vendedores e demonstradores	7 792	7,7	8 776	7,7	9 657	8,0	+12,6	+10,0
6.1 - Trab.qualificados da agricultura e pesca	2 772	2,7	3 755	3,3	5 050	4,2	+35,5	+34,5
6.2 - Agricultores e pescadores - subsistência	0	0,0	2	0,0	7	0,0	0,0	0,0
7.1 - Operários e trab.simil. da ind.extract. e c.civil	6 496	6,4	8 664	7,7	8 095	6,7	+33,4	-6,6
7.2 - Trab. da metalurgia, metalomecânica e simil.	5 783	5,7	7 292	6,4	7 201	5,9	+26,1	-1,2
7.3 - Mecânicos de prec., oleiros, vidreiros, artes gráficas	541	0,5	426	0,4	320	0,3	-21,3	-24,9
7.4 - Outros operários, artífices e trabalhadores similares	10 388	10,3	9 720	8,6	9 902	8,2	-6,4	+1,9
8.1 - Operadores de instalações fixas e similares	458	0,5	420	0,4	514	0,4	-8,3	+22,4
8.2 - Operadores máquinas e trabalhadores da montagem	2 648	2,6	2 951	2,6	2 973	2,5	+11,4	+0,7
8.3 - Condutor de veículos e oper. equip. pesados móveis	3 340	3,3	4 243	3,7	3 765	3,1	+27,0	-11,3
9.1 - Trab. não qualific. dos serviços e comércio	9 511	9,4	10 825	9,6	13 104	10,8	+13,8	+21,1
9.2 - Trab. não qualific. da agricultura e pescas	372	0,4	528	0,5	882	0,7	+41,9	+67,0
9.3 - Trab. não qualific. minas, c.civil, ind. transf.	11 687	11,6	12 758	11,3	12 711	10,5	+9,2	-0,4

Fonte: IEFP, I.P. – Gabinete de Estudos e Avaliação (in IEFP, 2009)

Quando se observa a oferta por região, a nível de Portugal Continental, em 2008 (Quadro 21), o ponto 3.2 referente às “Profissões de nível intermédio das ciências da vida e da saúde”, vê-se a maior oferta situada a nível da região centro, com 240 postos de trabalho, face às 465 ofertas a nível nacional. Quanto aos

“Especialistas em ciências da vida e profissionais da saúde” a maior oferta também se situa na região centro, com 108 empregos oferecidos de um total de 310 a nível nacional (IEFP, 2009).

Quadro 21 - Estrutura das Ofertas de Emprego recebidas por Profissão, segundo a Região (Movimento ao longo do ano).

CONTINENTE												2008
	TOTAL	%	Norte	%	Centro	%	Lisboa V.T.	%	Alentejo	%	Algarve	%
TOTAL	121 066	100,0	41 338	100,0	29 189	100,0	31 611	100,0	8 356	100,0	10 572	100,0
1.1 - Quadros superiores da administração pública	6	0,0	2	0,0	0	0,0	4	0,0	0	0,0	0	0,0
1.2 - Directores de empresa	238	0,2	65	0,2	54	0,2	81	0,3	12	0,1	26	0,2
1.3 - Directores e gerentes de pequenas empresas	152	0,1	36	0,1	24	0,1	77	0,2	0	0,0	15	0,1
2.1 - Especialistas ciências físicas, matem. e engenh.	1 024	0,8	390	0,9	252	0,9	319	1,0	28	0,3	35	0,3
2.2 - Especialistas ciências da vida e prof. da saúde	310	0,3	85	0,2	108	0,4	72	0,2	22	0,3	23	0,2
2.3 - Docentes ensino secundário, superior e prof. simil.	298	0,2	94	0,2	103	0,4	68	0,2	11	0,1	22	0,2
2.4 - Outros especial. profissões intelectuais e científicas	1 045	0,9	347	0,8	300	1,0	310	1,0	33	0,4	55	0,5
3.1 - Técn. nível interm. da física, química e engenh.	3 057	2,5	1 018	2,5	649	2,2	925	2,9	200	2,4	265	2,5
3.2 - Prof. nível interm. das ciênc. da vida e da saúde	465	0,4	105	0,3	240	0,8	68	0,2	14	0,2	38	0,4
3.3 - Profissionais de nível intermédio do ensino	485	0,4	246	0,6	79	0,3	116	0,4	21	0,3	23	0,2
3.4 - Outros técnicos e profissionais de nível intermédio	4 351	3,6	1 564	3,8	1 063	3,6	1 198	3,8	254	3,0	272	2,6
4.1 - Empregados de escritório	8 815	7,3	2 648	6,4	1 821	6,2	3 437	10,9	254	3,0	655	6,2
4.2 - Empregados de recepção, caixas, bilheteiros e simil.	3 550	2,9	1 033	2,5	922	3,2	930	2,9	172	2,1	493	4,7
5.1 - Pessoal dos serviços, de protecção e segurança	23 089	19,1	5 873	14,2	5 541	19,0	7 433	23,5	1 244	14,9	2 998	28,4
5.2 - Manequins, vendedores e demonstradores	9 657	8,0	3 098	7,5	2 508	8,6	2 881	9,1	411	4,9	759	7,2
6.1 - Trab. qualificados da agricultura e pesca	5 050	4,2	442	1,1	722	2,5	983	3,1	2 246	26,9	657	6,2
6.2 - Agricultores e pescadores - subsistência	7	0,0	6	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7.1 - Operários e trab. simil. da ind. extract. e c. civil	8 095	6,7	3 399	8,2	1 718	5,9	1 719	5,4	495	5,9	764	7,2
7.2 - Trab. da metalurgia, metalomecânica e simil.	7 201	5,9	2 641	6,4	2 123	7,3	1 735	5,5	353	4,2	349	3,3
7.3 - Mecânicos de prec., oleiros, vidreiros, artes gráficas	320	0,3	93	0,2	111	0,4	107	0,3	5	0,1	4	0,0
7.4 - Outros operários, artífices e trabalhadores similares	9 902	8,2	6 780	16,4	1 696	5,8	986	3,1	308	3,7	132	1,2
8.1 - Operadores de instalações fixas e similares	514	0,4	149	0,4	185	0,6	114	0,4	43	0,5	23	0,2
8.2 - Operadores máquinas e trabalhadores da montagem	2 973	2,5	1 304	3,2	967	3,3	457	1,4	191	2,3	54	0,5
8.3 - Condutor de veículos e oper. equip. pesados móveis	3 765	3,1	1 265	3,1	1 036	3,5	959	3,0	218	2,6	287	2,7
9.1 - Trab. não qualific. dos serviços e comércio	13 104	10,8	3 875	9,4	2 461	8,4	3 807	12,0	778	9,3	2 183	20,6
9.2 - Trab. não qualific. da agricultura e pescas	882	0,7	73	0,2	286	1,0	46	0,1	426	5,1	51	0,5
9.3 - Trab. não qualific. minas, c. civil, ind. transf.	12 711	10,5	4 707	11,4	4 219	14,5	2 779	8,8	617	7,4	389	3,7
Outros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: IEFP, I.P. – Gabinete de Estudos e Avaliação (*cit in* IEFP, 2009).

Para finalizar este resumo do desemprego salienta-se que, a nível nacional, ao confrontar as variáveis do ajuste do mercado de emprego, o IEFP (2009) verificou um equilíbrio a nível das profissões. Assim, observou-se um maior número de desempregados inscritos, um maior número de ofertas de emprego recebidas e um maior número de colocações de desempregados realizadas. Destacam-se os seguintes grupos profissionais: “Pessoal dos serviços, de protecção e segurança”, “Trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio”, “Empregados de escritório”, “Trabalhadores não qualificados das minas, construção civil e indústria transformadora” e “Manequins, vendedores e demonstradores”. O IEFP (2009) conclui que as profissões anteriormente referidas, por um lado, caracterizam a procura de emprego e, por outro, a estrutura empresarial, no âmbito do Continente e para o ano de 2008. Como se pode verificar no Quadro 22, os dois grupos da área da saúde referidos nos pontos (2.2 e 3.2) partilham um maior número de inscritos nos centros de

emprego, superando as ofertas e colocações no mercado de trabalho. Portanto, estes dados, registam mais desemprego e menos ofertas na área da saúde.

Quadro 22 – Estrutura do movimento ao longo do ano por profissão.

CONTINENTE		2008	
	Desempregados inscritos	Ofertas recebidas	Colocações desempregados
TOTAL	100,0	100,0	100,0
1.1 - Quadros superiores da administração pública	0,0	0,0	0,0
1.2 - Directores de empresa	0,8	0,2	0,1
1.3 - Directores e gerentes de pequenas empresas	0,2	0,1	0,1
2.1 - Especialistas ciências físicas, matem. e engenh.	1,6	0,8	0,4
2.2 - Especialistas ciências da vida e prof. da saúde	0,9	0,3	0,2
2.3 - Docentes ensino secundário, superior e prof. simil.	2,0	0,2	0,2
2.4 - Outros especial. profissões intelectuais e científicas	3,7	0,9	0,6
3.1 - Técn. nível interm. da física, química e engenh.	3,4	2,5	1,8
3.2 - Prof. nível interm. das ciênc. da vida e da saúde	0,7	0,4	0,4
3.3 - Profissionais de nível intermédio do ensino	1,4	0,4	0,4
3.4 - Outros técnicos e profissionais de nível intermédio	3,4	3,6	2,1
4.1 - Empregados de escritório	9,7	7,3	7,7
4.2 - Empregados de recepção, caixas, bilheteiros e simil.	2,2	2,9	3,4
5.1 - Pessoal dos serviços, de protecção e segurança	14,6	19,1	19,1
5.2 - Manequins, vendedores e demonstradores	8,6	8,0	9,8
6.1 - Trab. qualificados da agricultura e pesca	3,3	4,2	3,8
6.2 - Agricultores e pescadores - subsistência	0,0	0,0	0,0
7.1 - Operários e trab. simil. da ind. extract. e c. civil	6,6	6,7	5,3
7.2 - Trab. da metalurgia, metalomecânica e simil.	3,9	5,9	5,0
7.3 - Mecânicos de prec., oleiros, vidreiros, artes gráficas	0,6	0,3	0,3
7.4 - Outros operários, artífices e trabalhadores similares	4,8	8,2	8,8
8.1 - Operadores de instalações fixas e similares	0,3	0,4	0,3
8.2 - Operadores máquinas e trabalhadores da montagem	2,5	2,5	2,8
8.3 - Condutor de veículos e oper. equip. pesados móveis	3,8	3,1	2,8
9.1 - Trab. não qualif. dos serviços e comércio	11,3	10,8	11,1
9.2 - Trab. não qualif. da agricultura e pescas	0,2	0,7	0,5
9.3 - Trab. não qualif. minas, c. civil, ind. transf.	9,5	10,5	13,1
Outros	0,0	0,0	0,0

Fonte: IEFP, I.P. – Gabinete de Estudos e Avaliação (*cit in* IEFP, 2009).

Os dados existentes para a fisioterapia são insuficientes para se poder fazer um juízo de valor consistente. Existe uma variação positiva em cada período homólogo representado no Quadro 23. A existência do registo de um maior número de desempregados no segundo semestre pode ser entendido como o período pós-graduação dos alunos. Não foram encontrados registos relativamente ao tempo de permanência dos desempregados na bolsa de emprego. Portanto desconhece-se se o desemprego aqui representado é de curta ou de longa duração. Este número de desempregados também poderá ser justificado pelo tempo necessário para que estes profissionais sejam absorvidos pelo mercado de trabalho.

Quadro 23 - Número de fisioterapeutas desempregados por semestre.

Semestre	Número de Fisioterapeutas
Dez. 2007	219
Jun. 2008	199
Dez. 2008	269
Jun. 2009	235

Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (*in* GPEARI/MCTES (2008; 2008b; 2009; 2009b))

Os dados disponíveis relativos ao número de fisioterapeutas desempregados permitem uma análise do peso da profissão entre as outras profissões da saúde (Quadro 24). Tendo em conta 18 profissões regulamentadas das tecnologias da saúde, juntamente com os médicos e enfermeiros, a proporção dos fisioterapeutas entre os desempregados é considerável.

Quadro 24 - Número relativo de fisioterapeutas entre a totalidade dos profissionais de saúde desempregados por semestre.

Semestre	Número relativo de Fts. desempregados (%)
Dez. 2007	11,7
Jun. 2008	13,5
Dez. 2008	12,6
Jun. 2009	13,2

Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (*cit in* GPEARI/MCTES, 2008; 2008b; 2009; 2009b).

Entre os números apresentados surgem algumas dúvidas que carecem esclarecimento. É essencial o aprofundamento do tema, especificamente para os fisioterapeutas.

2.3. Emprego no espaço Europeu

Uma das liberdades fundamentais consagradas no direito comunitário é a livre circulação de pessoas na UE. O artigo 39º do Tratado da Comunidade Europeia (CE) prevê a livre circulação de trabalhadores e é aprofundada no Regulamento (CE) n.º 1612/68 que prevê o direito de os cidadãos da UE trabalharem noutro Estado-Membro como empregados ou funcionários públicos. O direito de trabalhar como trabalhador por conta própria noutro Estado-Membro é consagrado no artigo 43º, que prevê o direito de estabelecimento. No caso dos profissionais de saúde que prestam serviços,

este direito à livre prestação de serviços é consagrado pelo artigo 49º do referido Regulamento (Comunidade Europeia, 2002).

Quanto a números, o emprego na Europa cresceu 1,6% em 2007, o que representa o mesmo ritmo de crescimento em 2006. Este incremento implica um aumento de 3,5 milhões de pessoas a trabalhar no espaço europeu. Apesar de se esperar uma queda da actividade económica no espaço europeu a curto prazo, espera-se que continue a progredir a médio prazo devido às reformas estruturais e políticas macroeconómicas orientadas para o crescimento sustentável. No entanto devido aos preços das matérias primas, o preço da energia e a volatilidade do mercado financeiro, as perspectivas a curto prazo serão susceptíveis a riscos. No plano geral, em 2007, a taxa de emprego rondou os 64,5%. Apesar do crescimento em relação ao ano anterior, ainda se encontra 4,6% abaixo dos objectivos da Estratégia de Lisboa⁵³. A empregabilidade do sexo feminino, em 2007 ficou pelos 58,3% e dos empregados na faixa etária dos 54 aos 65 anos de idade, em 44,7%. Estes números ficaram a 1,7% e 5,3% respectivamente dos objectivos da Estratégia de Lisboa para 2010. Prevê-se a possibilidade de cumprir o objectivo para o sexo feminino no entanto não para os empregados com mais idade. O crescimento da taxa de emprego foi positivo em todos Estados Membros, com a excepção da Hungria, que sofreu um ligeiro decréscimo. O país que viu a taxa de emprego crescer com mais notoriedade foi a Polónia, enquanto que a Estónia sofreu a maior desaceleração da taxa de crescimento. Entre os Estados Membros maiores, o maior crescimento deu-se na França e na Alemanha, tendo diminuído em maior proporção na Itália e Espanha (European Commission, 2008; Eurostat, 2008).

Resumindo, em 2007, a taxa de emprego manteve-se acima dos 70% em 7 Estados Membros, enquanto outros 6 estão a 3% do objectivo. Porém, na Roménia, Itália, Hungria, Polónia e Malta, a taxa de emprego geral ficou a 10% do objectivo de 70%. Por outro lado, o objectivo de 60% da empregabilidade do sexo feminino foi alcançado em 15 Estados Membros. O objectivo da empregabilidade para os empregados na faixa etária dos 54 aos 65 anos foi conseguido em 12 Estados Membros, no entanto, para outros 10, incluindo os grandes Estados Membros como a

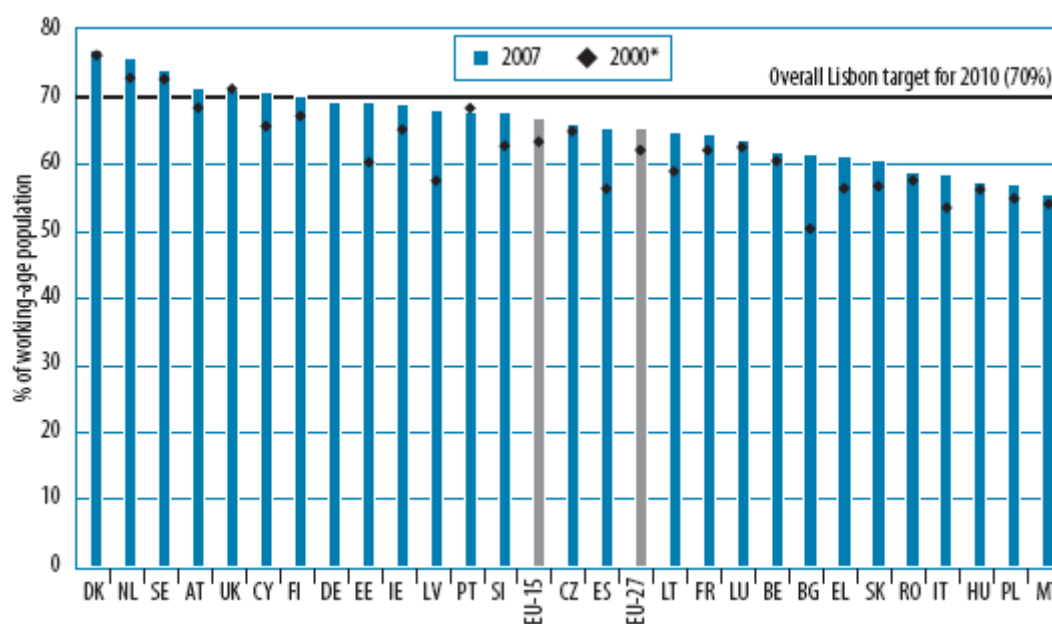
53 A Estratégia de Lisboa foi adoptada pela Comissão Europeia em 2000 com o objectivo de transformara a Europa “na economia do conhecimento mais competitiva e dinâmica do mundo, capaz de um crescimento económico sustentável, acompanhado da melhoria quantitativa e qualitativa do emprego e de maior coesão social”.

<http://www.estrategiadelisboa.pt/InnerPage.aspx?idCat=337&idMasterCat=334&idLang=2&site=lisbon-strategy>

França, Itália e Polónia, ficaram a mais de 10%. A taxa de desemprego manteve-se abaixo dos 10% com a excepção da Eslováquia que atingiu os 11,1%. O registo da taxa mais baixa pertenceu à Holanda, que se fixou nos 3,2% (European Commission, 2008; Eurostat, 2008; Comissão Europeia, 2007).

Como figura no Gráfico 8, Portugal apresenta a maior quebra na taxa de emprego desde 2000. A Bulgária apresenta-se como o país que apresentou o maior crescimento desde 2000 (European Commission, 2008).

Gráfico 8 – Taxas de emprego gerais dos Estados Membros para 2000 e 2007.



Fonte: Eurostat, EU Labour Force Survey, médias anuais. (in European Commission, 2008)

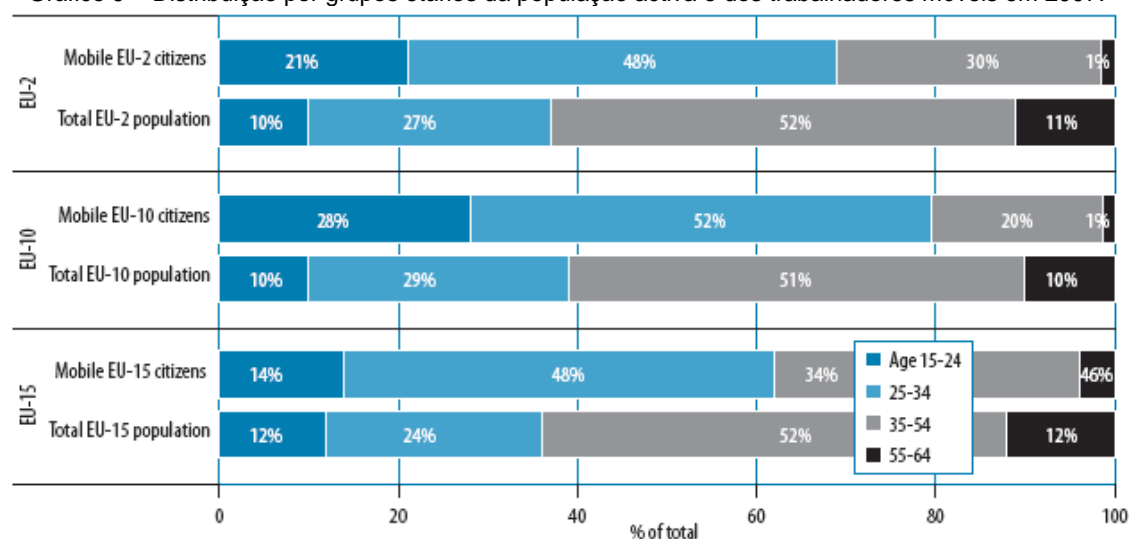
A mobilidade dos europeus dentro da UE tem como maior motivação a procura de um rendimento familiar maior (46%). Registe-se a continuidade de aumentos a nível salarial que ainda não sofreram cortes. Esta mobilidade também não afectou os empregos dos trabalhadores dos países que recebem imigrantes, não se tendo verificado aumentos da taxa de desemprego, pois tem ocupado áreas de actividades económicas com grandes carências de mão-de-obra, melhorando a economia (European Commission, 2008; Comissão Europeia, 2007).

Dentro dos europeus que trabalham fora do seu país de origem, a esmagadora maioria são jovens com idades entre os 15 e 34 anos (80% na Europa dos 10 e 62% na Europa dos 15⁵⁴). Dentro dos países que contribuem para a imigração dentro do espaço europeu salientam-se a Roménia, a Bulgária, Lituânia, Chipre, Polónia,

54 Ver Gráficos 10 e 11.

Letónia, Eslováquia e Estónia. Portanto Portugal não se encontra entre os países que contribuem para a imigração dentro do espaço europeu (European Commission, 2008).

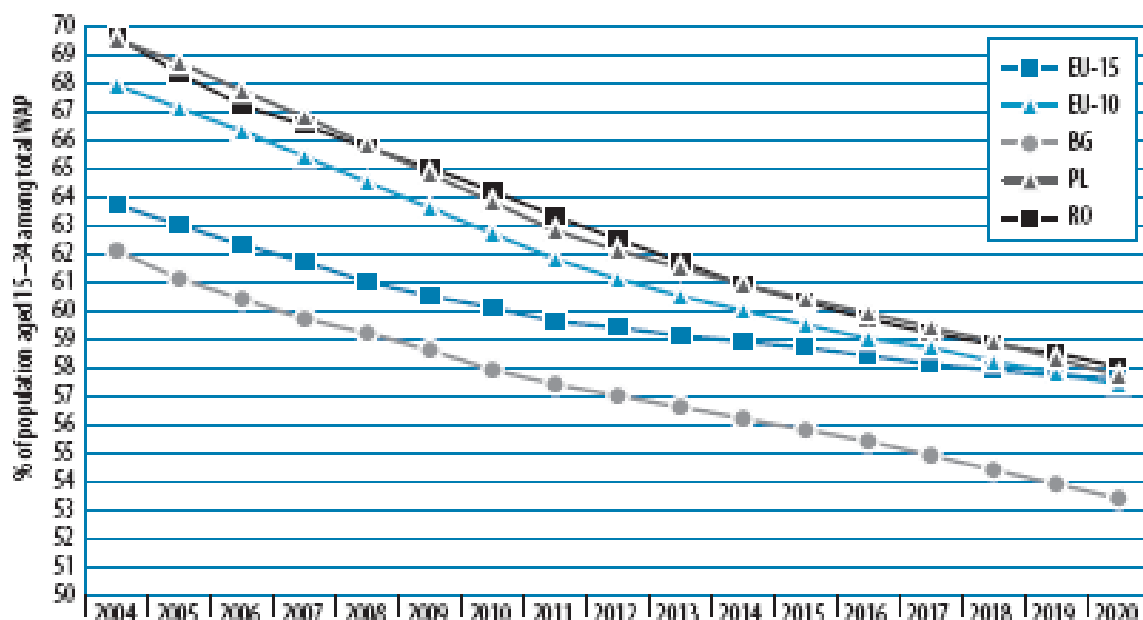
Gráfico 9 – Distribuição por grupos etários da população activa e dos trabalhadores móveis em 2007.



Fonte: Eurostat, EU LFS, dados anuais.

Nota: Os "Mobile citizens" são definidos aqui como os trabalhadores em idade activa estrangeiros que trabalham até quatro anos noutro Estado Membro. (in European Commission, 2008)

Gráfico 10 – Percentagem da população com idades entre os 15 e 34 anos que trabalham fora do seu país de origem dentro da União Europeia 2004-20.



Fonte: Eurostat, projecções da população 2004, sem variante de migração (in European Commission, 2008)

A actividade económica relacionada com a saúde e trabalho social, está representada por 10,7% da população que integra a Europa dos 15. Dentro desta população, 2,5% revela-se móvel no espaço europeu, encontrando-se entre as áreas

com menor mobilidade no espaço europeu como se poderá constatar no Quadro 25 (European Commission, 2008).

Quadro 25 – Percentagem dos trabalhadores móveis dentre da Europa do 15, empregos por actividade económica (por cada 1000 empregados por actividade).

Economic activity (Nace Rev.1)	EU-15 mobile
A Agriculture	:
B Fishing	:
C Mining and quarrying	:
D Manufacturing	2.7
E Electricity gas and water supply	:
F Construction	2.9
G Wholesale and retail trade	2.2
H Hotels and restaurants	5.8
I Transport storage and communication	3.0
J Financial intermediation	4.4
K Real estate renting and business activities	4.8
L Public administration	1.1
M Education	3.0
N Health and social work	2.5
O Other community social and personal service	2.9
P Private households	:
Q Extra-territorial organisations	(52.9)

Fonte: EU LFS, dados anuais (in European Commission, 2008).

Nota: Os dados omissos representam números de reduzida dimensão e os que se encontram entre parênteses tem fiabilidade reduzida. Os números representados nas áreas de agricultura e hotelaria poderão encontrar-se sub-representados pois tratam-se de actividade sazonais.

O Quadro 26 apresenta a percentagem de indivíduos com idades entre 18 e 24, inscritos no ensino superior, nos vários ciclos de estudos existente por Estado Membro. Na Europa dos 10, o número de inscritos no ES sofreu um grande aumento desde 2000 até 2005⁵⁵, representado pelos valores de 22,3% a 29,8%. Destacam-se a a Roménia com o maior aumento (8,7%) e a Bulgária com o menor aumento (0,2%) (European Commission, 2008).

Para concluir, numa perspectiva futura, aparentemente não se espera um aumento continuado da emigração. Os dados demonstram que o pico de emigração para o Reino Unido e Irlanda foi atingido em 2006, verificando-se uma quebra em 2007 e no primeiro trimestre de 2008. Existem indicadores que demonstram o regresso dos emigrantes residentes no Reino Unido. Um dos motivos baseia-se no aumento significativo dos ordenados, tal como do emprego dos países que contribuem para a emigração, o que reduz os incentivos dos cidadãos ao saírem do seu país. Por outro lado, a percentagem da população jovem continua a decrescer o que reduz também o

⁵⁵ Dados mais recentes existentes.

número de interessados em emigrar. Para os países com alta mobilidade de emigração, esta mobilidade pode ser apreciada por dois pontos de vista. Pelo lado positivo, o alívio da taxa de desemprego, onde são maioritariamente os desempregados que emigram; pelo lado negativo, a preocupação de perda de mão de obra altamente qualificada, sendo na sua maioria os jovens e ao fenómeno de “*brain drain*” que caracteriza a perda de indivíduos com elevadas capacidades intelectuais (European Commission, 2008; European Centre for the Development of Vocational Training - CEDEFOP, 2008).

Quadro 26 – Estudantes inscritos no ensino superior com idades entre 18 e 24 anos.

Member State	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CZ	17.1	17.4	19.0	19.6	21.9	23.2
EE	28.7	28.9	28.5	28.4	28.5	28.7
CY	12.3	13.8	15.8	19.5	20.9	18.0
LV	24.1	26.1	27.9	29.0	29.9	29.5
LT	28.2	30.1	31.1	33.0	34.1	35.2
HU	19.2	20.0	22.0	24.3	26.3	27.5
MT	11.8	13.1	13.3	15.0	13.9	16.4
PL	24.5	27.2	28.9	30.0	30.9	32.5
SI	29.2	31.2	33.8	34.9	35.7	38.1
SK	17.0	17.8	18.6	18.9	18.8	20.3
EU-10	22.3	24.2	25.9	27.2	28.3	29.8
BG	23.1	21.6	21.2	21.9	21.9	23.3
RO	13.9	16.6	19.5	20.5	21.5	22.6
EU-2	16.1	17.8	19.9	20.8	21.6	22.8
BE	32.8	32.6	32.9	33.1	33.5	33.7
DK	17.8	18.4	19.1	19.7	20.2	20.7
DE	14.8	15.2	15.9	16.6	17.5	17.7
IE	25.7	26.2	27.0	27.1	27.9	27.2
EL	:	:	:	:	:	:
ES	30.4	30.4	30.3	30.3	30.3	29.7
FR	29.7	29.7	29.3	29.5	29.7	29.9
IT	22.1	22.8	23.9	25.9	27.1	27.5
LU	:	:	:	:	:	:
NL	25.8	26.2	26.5	26.7	27.4	28.3
AT	17.0	17.5	16.7	17.3	18.0	18.4
PT	23.2	24.9	24.6	25.1	25.3	25.0
FI	29.6	29.9	29.8	31.2	31.5	31.8
SE	21.1	21.5	22.6	23.6	24.2	24.0
UK	22.3	22.7	23.4	22.9	22.3	22.3
EU-15	23.6	23.9	24.2	24.7	25.0	25.1
EU-27	22.7	23.5	24.2	24.9	25.4	25.8

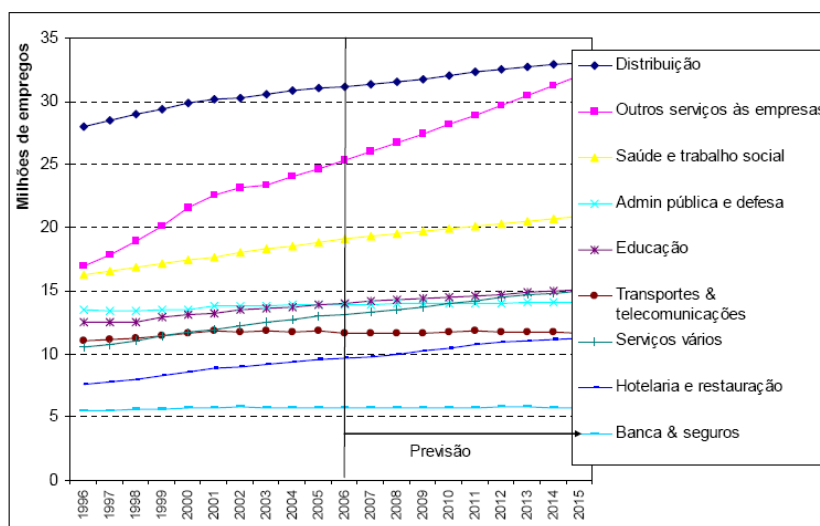
Fonte: Cálculos do DG EMPL baseados nas estatísticas de educação e demografia do Eurostat.

Nota: “:” dados não disponíveis.

Um dos principais objectivos do Tratado da União Europeia⁵⁶ é a liberdade de mobilidade entre os Estados Membros (Comunidade Europeia, 2002). Segundo a “Estratégia Europeia de Emprego” (EEE) iniciada pelo Conselho Europeu na Cimeira do Emprego em Luxemburgo em Novembro de 1997, também conhecida pelo “Processo de Luxemburgo” defende que esta mobilidade contribui positivamente para um melhor funcionamento dos mercados de trabalho em toda Europa. Esta estratégia já com mais de dez anos de evolução, é das mais bem sucedidas da União Europeia. Através da cooperação e troca de experiências entre os Estados Membros e a Comissão, facilitam o cumprimento das metas e objectivos para “*criar mais e melhores empregos na Europa*” (Comissão Europeia, 2007:3). No entanto persistem barreiras que dificultam esta liberdade idealizada (Comissão Europeia, 2007). Um dos passos mais importantes para facilitar esta mobilidade no espaço europeu, caso específico que enquadra os fisioterapeutas e profissões na área da saúde é a Declaração de Bolonha, mais conhecida por Processo de Bolonha.

Quanto a previsões da empregabilidade para o futuro, a CCE (2008b) prevê que em 2020 o emprego a nível do sector dos serviços atinja quase 75% do número total de empregos no espaço europeu. Como se pode verificar no Gráfico 11 abaixo, as melhores perspectivas de criação de empregos situam-se na distribuição/transportes, nos serviços às empresas e nos cuidados de saúde e de acção social. Apesar da tendência de crescimento, é visível uma tendência de estabilização do crescimento para alguns países da EU-25 (CEDEFOP, 2008).

Gráfico 11- Tendências nos níveis de emprego no sector dos serviços até 2015, EU-25.



Fonte: CEDEFOP, 2008.

56http://eur-lex.europa.eu/pt/treaties/dat/12002E/pdf/12002E_PT.pdf

2.4. O Perfil do utilizador de fisioterapia

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde - ERS (2008:3), “(...) *não é possível conhecer com rigor o universo dos utentes do serviço de Medicina Física e Reabilitação - MFR*”. Esta entidade reconhece como um factor limitativo o facto de não existir um registo centralizado de informação relativo aos utentes de MFR, públicos e privados. Este organismo contorna esta dificuldade recorrendo aos principais factores que motivam a procura deste tipo de cuidado de saúde. Assim sendo, a ERS refere que os principais utentes pertencem a uma faixa etária mais idosa, segundo os resultados do Quadro 3.1.3⁵⁷ do Inquérito Nacional de Saúde de 2005/06⁵⁸.

A DGS (2003) faz também referência aos idosos como os beneficiários da MFR, pelo aumento da longevidade devido “*a melhoria das condições de vida, os avanços médico-cirúrgicos e a promoção e generalização dos cuidados de saúde*” (DGS, 2003:5). Como consequência do aumento da esperança de vida, está associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas, as quais podem ser incapacitantes. Ainda devido às condições sociais, tem aumentado o número de lesões incapacitantes associadas a acidentes de trabalho, de viação, e acidentes cardiovasculares, que atingem indivíduos em idades mais jovens e produtivas. Também a melhoria dos cuidados de saúde materna tem permitido a sobrevivência de crianças com maior grau de sequelas que se repercutem na sua funcionalidade, que levam à procura de cuidados de saúde relativos também à MFR. Portanto, o documento da DGS, aborda na sua generalidade todas os grandes grupos etários, associando-os a lesões de incapacidade significativa.

A *Task Force on Medical Rehabilitation Research* (1990), o *Institute of Medicine* (1990 e 1991) e o *National Center for Health Statistics cit in American Association of Physical Therapy - APTA* (1992) referem que são os grupos etários mais velhos que efectivamente utilizam mais fisioterapia. Estas organizações referem que mais de 85% da população americana, com mais de 65 anos, possui pelo menos uma doença crónica que incapacita a função. Setenta e cinco por cento das vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) têm mais de 65 anos. A maioria dos indivíduos que sofrem fracturas do colo do fémur, possui mais de 70 anos de idade. Dez por cento dos indivíduos com idades entre 65 e 69 tem dificuldade em acartar as suas actividades da

57 Percentagem da população residente que tem ou já teve doença crónica, por tipo de doença crónica, sexo e grupo etário (%), NUTS I, 2005/2006.

58 Caracteriza a população portuguesa face à saúde (INSA, 2007).
<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/Indicadoresadicionais4INS.aspx>

vida diária (AVDs). Os valores sobem para 50% para indivíduos com 70 anos de idade e para 60% para indivíduos próximos dos 85 anos de idade. Resumindo, as incapacidades nos idosos estão associadas ao aumento da mortalidade, aumento dos problemas de saúde, e maiores gastos em saúde.

O preâmbulo do “Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa” produzido pela Secção de Medicina Física e de Reabilitação da *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) e *Académie Européenne de Médecine de Réadaptation* (AEMR) em 2006, e traduzido pela Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação em 2009, faz referência à utilidade do respectivo livro para os responsáveis políticos para a planificação da saúde, identificando o modo de actuação da MFR e seu contributo na integração na sociedade de pessoas com incapacidades. Apesar de não especificar o grau de incapacidades, permitindo a inclusão da pequena e da grande incapacidade, no capítulo 3 do documento, é abordada a grande incapacidade e a população envelhecida, referindo que na maioria dos países europeus a prevalência da grande incapacidade se situa nos 10%. Este documento refere também que o facto da população se encontrar a envelhecer, aumenta os níveis de incapacidade.

Segundo a definição de reabilitação da Organização Mundial de Saúde (OMS), “a reabilitação utiliza todos os meios necessários com o objectivo de reduzir o impacto das deficiências e incapacidades de forma a permitir que o indivíduo com incapacidade e deficiência consiga a integração social.” (World Health Organization – WHO, 1981:9). A OMS no seu plano de acção intitulado “*Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011*” também referencia que durante a sua vida, 10% da população sofrem de alguma forma de incapacidade ou deficiência. Aqui a OMS dá uma perspectiva de diferentes níveis de incapacidade e deficiência (WHO, 2005). A “*International Classification of functioning, disability and health*”⁵⁹, refere que a deficiência é entendida como “um resultado de complexa relação entre o problema de saúde do indivíduo e factores pessoais, tal como factores externos que representam as circunstâncias em que o indivíduo vive” (WHO, 2001:17). A incapacidade é definida como “problema na função corporal ou estrutura associada a desvio ou perda” (WHO, 2001:47).

Segundo a UEMS e AEMR (2006) um inquérito recente em Portugal⁶⁰, revelou que 0,7% da população se encontra acamada; 0,4% tem possibilidade de se movimentar em cadeira-de-rodas; 1,9% não vive em sua casa; 9% não consegue

59 Mais conhecido pelo ICF entre os fisioterapeutas.

60 Não foi identificado no texto de origem.

deambular ou apresenta limitações significativas na marcha; 8,5% tem dificuldade em se movimentar na cama; 6,2% não consegue ir à casa de banho sem assistência; 8,6% necessita de auxílio ao vestir-se e/ou despir-se; 3,6% dos homens e 5,3% das mulheres apresentam incontinência urinária e 2,3% apresenta dificuldades na comunicação verbal. Segundo Martin *et al.* (1988) *cit in* UEMS e AEMR (2006:21) “a prevalência global de todas as incapacidades na comunidade ascende a 10%”.

Os números existentes da população que necessita de cuidados associados à fisioterapia rondam os 10% da população. No entanto parecem não existir estudos que demonstrem com maior acuidade o consumo dos grupos etários, referenciando a população mais idosa como a mais carenciada e necessitada de serviços associados à reabilitação. Segundo UEMS e AEMR (2006), os estudos epidemiológicos que focam a Esperança de Vida Saudável (*Hale – Healthy Life Expectancy*) e Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (*DALY – Disability-Adjusted Life-Years*) auxiliam a planificação dos cuidados de saúde necessários a nível regional, nacional e europeu.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) veio permitir um melhor acesso da população carente de cuidados de saúde que apresentam dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal. Este tipo de cuidados é direccionado claramente à população envelhecida (Nogueira, 2009; UMCCI⁶¹, 2009a; UMCCI, 2000b). O Quadro 27 em baixo, demonstra as metas da 2ª e 3ª fase de implementação da RNCCI.

Quadro 27 - Rácios 2 e 3ª fase (07-07-2009).

NUTS II	População com mais de 65 anos	Convalescença	Média	Longa	Paliativos	Total
Norte	571499	686	857	2057	86	3686
Centro	368276	442	552	1326	55	2375
LVT	644039	773	966	2319	97	4154
Alentejo	123033	148	185	443	18	794
Algarve	80497	97	121	290	12	519
Total	1787344	2145	2681	6434	268	11528

Fonte: UMCCI, 2009c.

Tendo por base o número de camas existentes, 3 498, através de 170 acordos estabelecidos prevê-se um incremento de mais do dobro das existentes, o que permite prever mais emprego para os profissionais que constituem as equipas que prestam os serviços, entre os quais os fisioterapeutas (UMCCI, 2009b; UMCCI, 2009c).

61 Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).

2.5. Formação de recursos humanos na área das Tecnologias da Saúde

No plano nacional, o ensino das profissões integradas ao nível de ensino superior, com a denominação Tecnologias da Saúde, divide-se em 18 profissões regulamentadas e 6 não regulamentadas. Entre as regulamentadas encontram-se: Análises Clínicas e Saúde Pública, Anatomia Patológica Citológica e Tanatológica, Audiologia, Cardiopneumologia, Dietética, Farmácia, Fisioterapia, Higiene Oral, Medicina Nuclear, Neurofisiologia, Ortoprotésia, Ortopédia, Prótese Dentária, Radiologia, Radioterapia, Saúde Ambiental, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional. Entre as não regulamentadas encontram-se: Ergonomia, Gerontologia, Marketing Farmacêutico, Nutrição, Podologia e Reabilitação Psicomotora.

Quanto aos cursos existentes cuja carreira ainda não foi criada, segundo Amaral (2002:68), deverão *“ser alvo de um estudo prospectivo e estratégico envolvendo meios específicos, instituições e pessoas particularmente capacitadas”*. De facto, não foram encontrados estudos nesta área numa perspectiva prospectiva de necessidades destes profissionais. Existem apenas, algumas referências à necessidade de existirem estes estudos. Amaral (2002), propõe ainda que os cursos das tecnologias da saúde poderiam ser enquadrados numa lógica de cursos de “banda larga”, o que implicaria um tronco comum para os cursos semelhantes, por exemplo, Radioterapia, Medicina Nuclear e Radiologia. Entre as 3 profissões, a Radiologia é a que se apresenta com maior perspectiva de colocação no mercado de trabalho. Deste modo, as diferentes variantes numa mesma licenciatura, facilitaria a colocação no mercado de trabalho numa “gestão oportunística” de colocações destes profissionais. Coloca assim as seguintes hipóteses para a área das tecnologias da saúde:

- Licenciatura em ambiente e saúde:
 - Variante saúde ambiental
 - Variante de higiene, segurança e saúde no trabalho
- Licenciatura em audiofonologia:
 - Variante de audiologia
 - Variante de terapêutica da fala
- Licenciatura em ciências cardiopulmonares e neurológicas
 - Variante de cardiopneumologia
 - Variante de emergência médica
 - Variante de neurofisiologia
- Licenciatura em ciências laboratoriais

- Variante de análises clínicas
- Variante de anatomia patológica
- Variante de saúde pública
- Licenciatura em ciências da fisioterapia
- Licenciatura em ciências e tecnologias da farmácia
- Licenciatura em ciências da nutrição e dietética
 - Variante de nutrição
 - Variante de dietética
- Licenciatura em ciências radiológicas
 - Variante de medicina nuclear
 - Variante de radiologia
 - Variante de radioterapia
- Licenciatura em ortóptica
- Licenciatura em ortoprotésia
- Licenciatura em saúde oral
 - Variante em prótese dentária
 - Variante em higiene oral
- Licenciatura em terapêutica ocupacional

Para Amaral (2002), este agrupamento de alguns cursos numa mesma licenciatura sendo transformados em variantes correspondentes às profissões que existem actualmente será difícil em algumas profissões, pois teria que haver entendimento do Ministério da Saúde com os respectivos organismos representativos das profissões em questão. Salvaguarda-se também a possibilidade de existência de pós-graduações no sentido de especializações, numa perspectiva de pós-graduações transversais/interprofissionais. No âmbito da fisioterapia, o autor refere que a licenciatura em ortoprotésia, necessitaria de uma redefinição do seu currículo dado não possuir qualquer formação correspondente das 18 profissões que integram o sector de diagnóstico e terapêutica, necessitando entre outras áreas, de conhecimentos no campo da fisioterapia. No seguimento, equaciona a relação do bacharelato em podologia com a fisioterapia, não enveredando por nenhuma sugestão de variante nem especialização. O grupo de trabalho da Podologia para a implementação no processo de Bolonha, define-a como:

“(...) actividade independente, que na área de saúde tem o objectivo da prevenção, diagnóstico e terapêutica das afecções, deformidades e alterações dos pés.”

Ainda:

“O Podologista/Podiatra é o profissional habilitado com um curso superior reconhecido pelos Ministérios da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde, que reconhece competência para a prestação de cuidados de saúde em podologia. A profissão de Podologista/Podiatra desenvolve-se com autonomia técnica de exercício profissional e em complementaridade funcional com outros grupos funcionais da saúde” (Gomes et al., 2004:3).

Amaral (2002), referenciada que os cursos das tecnologias da saúde podem hipoteticamente ser agrupados em três, mediante o número de profissionais existentes e face ao desenvolvimento esperado do mercado de trabalho a médio prazo. A fisioterapia encontra-se no primeiro grupo, sendo vista como a que possui o maior número de profissionais, sendo encarada com capacidade de crescimento a médio prazo. Ao contrário do que se poderia esperar, refere também que não é a fisioterapia que se encontra em posição de formação de novos profissionais de forma excedentária mas sim a radioterapia, medicina nuclear e neurofisiologia.

Quanto à fisioterapia, Amaral (2002) refere que existe necessidade de conter a abertura de novos cursos até que exista a absorção por parte do mercado de trabalho dos novos profissionais, até 2005, dado ter existido um crescimento abrupto, de forma a verificar a capacidade do mercado de trabalho.

No entanto, segundo o Artigo 10º do Decreto-Lei n.º99/2001:1710 de 28 de Março define que é da competência do Ministério da Saúde “Determinar as necessidades de formação” “Definir as profissões do domínio da saúde e os respectivos perfis profissionais”. Porém, Lopes (2004) refere que de forma a compreender as necessidades de formação de cada profissão, recomenda a necessidade de envolver as estruturas representativas de cada profissão. A criação de uma profissão deve ser fundada em necessidades declaradas. No âmbito da fisioterapia e outras profissões das tecnologias da saúde não aparenta existir estudos de necessidades concretas destes tipos de profissionais, aparentando que o único regulador de abertura de escolas superiores, e abertura de *numerus clausus*, é o preenchimento de todas vagas, público e privado, fazendo-se acompanhar por uma nota de acesso bem acima da média, quando falamos especificamente da fisioterapia⁶². Segundo Lopes (2004), de forma a conhecer a necessidade de formação de profissionais a curto, médio e longo prazo, torna-se fundamental a recolha de

62 <http://www.dges.mctes.pt/coloc/2009/>

indicadores adaptados a cada profissão na área das tecnologias da saúde na qual destacamos neste trabalho a fisioterapia. Citando:

- Rácios existentes noutros países;
- Indicadores epidemiológicos;
- Indicadores demográficos da população;
- Níveis etários dos actuais profissionais.

De facto é difícil o conhecimento do número de profissionais existentes no nosso país. O curso superior de fisioterapia como já tivemos possibilidade de analisar é recente. Durante a transição para o ensino superior, houve por parte do governo, a aceitação e reconhecimento de indivíduos ligados a esta área com um vínculo já prolongado. Sem curso de base, obtiveram a cédula profissional e viram o seu título de fisioterapeuta reconhecido. A dificuldade de contagem do número de profissionais também se coloca pela diversidade dos locais de trabalho, referindo-se alguns como, hospitais públicos, centros de saúde, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), clínicas, gabinetes desportivos de diversas divisões, lares de idosos, entre outros. Assim existem um grande número de profissionais liberais que não trabalha na rede de prestadores de serviços clínicos do estado, dificultando a sua contagem e a sua localização/distribuição geográfica.

Mediante uma análise feita por Amaral (2002) a dados de 1998 fornecidos pelo Ministério da Saúde, respeitante aos Funcionários TDT no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a Fisioterapia possuía 841 lugares no quadro, situando-se no terceiro lugar entre as profissões com maior número de funcionários no SNS. Em primeiro lugar encontrava-se Análises Clínicas e Saúde Pública, com 2623 lugares no quadro, seguindo-se pela Radiologia com 1704 lugares no quadro. O Quadro permitia ainda 349 vagas porém, 154 vagas já se encontravam preenchidas em regimes de contratação diversos como por exemplo avença, prestação de serviços, contratação a termo certo. Contas feitas, restariam 195 vagas reais para preenchimento do Quadro da função pública. De facto, pouca necessidade para tanto potencial de formação pelas Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde. Contudo, o futuro torna-se promissor após verificarmos o potencial de empregabilidade destes profissionais no sector privado. Mesmo não se verificando grande incremento de expansão dos serviços de fisioterapia na função pública devido ao que Amaral (2002:72) refere como *“dificuldades orçamentais crónicas do Ministério da Saúde e a actual conjuntura económica difícil”*, o potencial de absorção destes profissionais é claramente superior.

No plano europeu, em 1996, como se pode verificar no Quadro 28, os rácios de fisioterapeutas/habitante em diversos países colocavam Portugal abaixo da média europeia, porém, acima da Espanha e acima da Grécia. Quando comparado com o

rácio do Reino Unido, da Suécia e da Dinamarca, Portugal colocava-se em posição de crescimento optimisticamente acentuado. Em 1998, o rácio europeu situava-se em 1 fisioterapeuta para 2000 habitantes, enquanto que nos Estados Unidos da América (EUA) o rácio era de 1 fisioterapeuta para 2521 habitantes (Fonte: WCPT, 1996 *cit in* Amaral, 2002). Ressalve-se o facto do sistema de saúde dos EUA ser bastante diferente do Português que é tendencialmente gratuito, sendo o primeiro baseado essencialmente em seguros de saúde privados.

Caminhando para a previsão efectuada por Amaral (2002) utilizando uma taxa de sucesso de 90%, com apenas 6 escolas públicas (Castelo Branco, Coimbra, Lisboa, Porto, Setúbal e Aveiro), em 2005/06 as previsões para a formação de diplomados relacionadas com as necessidades do SNS, já teria ultrapassado em 453 novos formados (bacharéis) de 2001 a 2006. Neste caso, trata-se de profissionais formados por entidades públicas, devidamente autorizadas pelo estado, que terão que ser absorvidos pelo sector privado.

Quadro 28 – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica; habitantes/TDT - Europa (1996).

País	Terapia Ocupacional*	Terapia da Fala**	Fisioterapia***
Áustria	10 062	1 800	5 556
Bélgica	989	606	2 000
Dinamarca	4 522	768	1333
França	4 720	1 258	12 500
Finlândia	7 286	520	3 571
Alemanha	13 633	1 025	4 000
Grécia	64 103	3 500	14 280
Itália	10 800		
Irlanda	14 648	1 300	10 000
Luxemburgo	11 451	1 142	4 762
Holanda	4 000	902	9 091
Portugal	33 300	5 500	14 200
Reino Unido	8 286	1 890	2 941
Espanha	8 667	4 925	25 000
Suécia	12 000	936	1 613
Média UE	6 925	2 000	3 846

Fontes: * CPLOL – *ENOTHE – European Network of Occupational Therapy in Higher Education; **Comité Permanent de Liaison des Ortophonistes Logopedes; *** WCPT – World Confederation of Physical Therapy *cit. in* Amaral (2002:73).

Quando é observada a previsão de diplomados no sector privado, os números são mais assustadores. Tendo em conta apenas 6 escolas do sector privado e cooperativo (Universidade Atlântica, Jean Piaget – Nordeste, Alcoitão, Egas Moniz, Vale do Sousa e Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte), os números previstos são de 930 formados de 2001 a 2006. Após contas feitas, existe uma previsão de 1383 novos diplomados a mais dos que são necessários para preencher as necessidades do SNS. Porém, o SNS não se esgota nas instituições de prestação de cuidados de saúde públicas. Através de regime de convenção, instituições de cariz privado ou semi-privado, com ou sem fins lucrativos, podem prestar serviços aos beneficiários do SNS. É nestas instituições que os fisioterapeutas prestam os seus serviços, sendo difícil determinar o número com exactidão⁶³ (Amaral, 2002).

Para Amaral (2002), existe a necessidade de alguma cautela no desenvolvimento da oferta de forma a não debilitar mais ainda o mercado de trabalho na área das tecnologias da saúde. A saúde é vista pelo ensino privado e cooperativo como uma área de garantia para estabilidade das suas instituições de ensino continuando a existir interesses de formação de profissionais nesta área desmesuradamente. Esta ampla oferta de cursos na área das tecnologias da saúde poderá entregar a estes novos profissionais um futuro pouco promissor respeitante ao emprego e condições de trabalho, como se tem verificado em outras áreas tão divulgadas que dispensam aqui a sua referência.

No entanto, surgem oportunidades de melhoria das perspectivas do futuro dos recursos humanos em Fisioterapia em Portugal. Neste sentido, a Direcção de Serviços de Planeamento da Direcção Geral de Saúde publicou em 2003 o documento intitulado “Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação” dirigido à planificação de uma rede de serviços de reabilitação direccionados para a manutenção e promoção da saúde de indivíduos portadores de deficiência, diferenciando um serviço pediátrico dirigido a crianças também portadoras de deficiência. De forma a conseguirem atingir os objectivos enunciados pelo documento, previam a necessidade de uma vasta equipa multidisciplinar, nomeadamente médicos fisiatras, enfermeiros de reabilitação, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, assistentes sociais, pessoal administrativo e de apoio. Para o efeito propõe: 1 Fisiatra e 3 Fisioterapeutas, por cada 30 000 habitantes, e 1 Terapeuta Ocupacional e 1 Terapeuta da Fala, por cada 60 000 habitantes.

63 A ERS, entidade que regula os prestadores de cuidados de saúde detém o número com melhor precisão, pois todas as instituições são obrigadas a registo, no entanto recusou a cedência do número de prestadores registados, remetendo o autor à contagem manual no seu site.

Relativamente às unidades hospitalares necessárias, consideram como indicado por cada 50 000 habitantes, 1 Fisiatra, respeitando os mesmos valores relativos entre os diferentes técnicos. Contas feitas, prevê-se para este tipo de serviço 1000 fisioterapeutas. Especificamente para as unidades hospitalares⁶⁴, prevê-se serem necessários 200 fisioterapeutas. Saliente-se que o referido documento prevê a necessidade do mesmo número de enfermeiros de reabilitação como de fisioterapeutas para as duas situações expostas (DGS, 2004a). Desconhece-se o número efectivo de fisioterapeutas necessários para atingir os 1000 previstos para a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação. Recorda-se apenas que o número de efectivos existentes em 1998 e o número de contratados do SNS, referidos por Amaral (2002), atingia sensivelmente os 1000 fisioterapeutas.

No seguimento dos documentos elaborados pela Direcção Geral de Saúde, chegou-se à “A Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia”, publicada em 2002. Sendo uma área de intervenção da fisioterapia, o documento faz alusão à possibilidade dos serviços de reumatologia serem integrados “(...) *em Departamentos ou Centros de Responsabilidade, incluindo outras especialidades, designadamente a Ortopedia e a Fisiatria.*” (Direcção Geral de Saúde, 2004b:8). Estando a última referência na página 11, “*Assim, as unidades/serviços de Reumatologia deverão ter autonomia funcional, sendo de considerar a sua integração em Departamentos de Medicina ou em Departamentos mais alargados, que englobem a Ortopedia e a Fisiatria.*” Neste documento não existem referências de um número previsível de fisioterapeutas necessários para a concretização dos objectivos propostos por estas unidades.

A criação da Rede de Cuidados Continuados de Saúde pelo Decreto-Lei n.º280/2003 de 8 de Novembro foi um marco importante na criação de emprego para os fisioterapeutas. Pelo facto de Portugal ser o quarto país da União Europeia com mais idosos e o sexto da OCDE com maior índice de dependência de idosos, era fundamental alargar os cuidados de saúde de forma a satisfazer as necessidades. Esta política de *Bem-estar do Estado* vai de encontro ao contexto europeu e internacional nos países mais desenvolvidos com políticas públicas de apoio social e de saúde, que se enquadra no conceito definido pelo Conselho de Europa (1998) para a necessidade de atender e proteger a dependência (UMCCI, 2009a). O 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/06, demonstrou que aproximadamente 22% da população

64 Tendo em conta a rede de MFR compreende quatro níveis de actuação: 1. Centros de Saúde e Hospitais de Nível I; 2. Hospitais Distritais Gerais e Centrais da plataforma B; 3. Hospitais Distritais Gerais, Centrais e Especializados da plataforma A; 4. Centros de Reabilitação.

nacional possui incapacidade física de longa duração, obrigando em grande parte das situações, a assistência para desempenhar actividades da vida diária. Saliente-se o facto de a média a nível da Europa se situa em 23% o que nos coloca ligeiramente abaixo da média europeia (Nogueira, 2009). Estas unidades de saúde dedicadas a um nível intermédio de prestação, entre o nível de actuação no centro de saúde e de uma unidade hospitalar, podem ser unidades de internamentos, unidades de dia de reabilitação global e unidades móveis de prestação de cuidados domiciliários (DGS, 2004b). Pretende-se assim:

“(...) garantir a continuidade entre as acções preventivas, terapêuticas e correctivas, de acordo com um plano individual de cuidados para cada utilizador.” (DGS, 2004 b:159).

Esta rede é constituída:

“(....)por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal da vida.” (Decreto-Lei n.º 281/2003:7493).

O artigo 13 do referido Decreto-Lei faz referência à necessidade de uma equipa multidisciplinar na área da saúde e da acção social para integrar estas unidades de cuidados continuados que garantem a prestação dos cuidados definidos por lei. Quanto a números, não existe uma definição neste documento legal fazendo referência a exigência da política de recursos humanos se reger pelos *“padrões de formação correspondentes aos que se encontram em vigor para os profissionais que prestam serviço no SNS”* (Decreto-Lei n.º 281/2003:7495).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) como a conhecemos hoje, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006 no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Através do desenvolvimento dos seus novos paradigmas, a RNCCI promove a revisão do papel do nível hospitalar e reforça o papel dos cuidados primários de saúde como ponto nevrálgico do SNS, apoiando assim a sua necessária modernização e adequação às novas necessidades emergentes de saúde do país. A Unidade de Missão para os

Cuidados Continuados Integrados - UMCCI (2009a) apresenta dois objectivos estratégicos:

- 1- Aumentar o grau de autonomia de pessoas independentemente da sua idade, e que se encontrem em situação de dependência;
- 2 – Ajustar às necessidades dos utentes a oferta de cuidados de saúde e apoio social.

Apesar de se encontrar já na 2ª fase de implementação⁶⁵, não foi possível obter dados referentes ao aumento do número de profissionais previstos para integração da RNCCI. Também não foi possível ao autor identificar o número de profissionais alocados às unidades já em funcionamento. Existe sim referência no Guia da RNCCI, a necessidade de articulação da UMCCI, com os organismos dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde que reconhece como competentes em matéria de recursos humanos, para *“a orientação estratégica e técnica no domínio da formação contínua e específica dos diversos grupos de profissionais e de cuidadores a envolver na prestação de cuidados continuados integrados.”* UMCCI (2009a:27). Portanto existe referência à necessidade de formação contínua dos profissionais que integram a RNCCI, tal como consta no “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados no 1º semestre de 2009” (UMCCI, 2009b) porém, parece não esclarecer o número de profissionais necessários para satisfação do número de unidades previstas a nível nacional, apesar de se conhecer o número de camas previstas até 2012.

Em síntese, apesar de ficarmos a conhecer alguns dados, ficamos pouco esclarecidos em relação às necessidades da procura do serviço de fisioterapia. O documento português encontrado que parece apresentar a maior quantidade e diversidade de dados relativos à fisioterapia, foi elaborado pela ERS. Pretende-se apresentar esta nova Entidade, previamente ao resumo do trabalho publicado em 2008.

65 A sua implementação e desenvolvimento estão a ser progressivos, estando previsto a sua compleição até 2016. Até 30.06.2009 tinham sido estabelecidos 170 acordos o que perfaz um total de 3498 camas dedicadas a utentes em regime de cuidados continuados (UMCCI, 2009b).

2.6. A Entidade Reguladora da Saúde

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) surge do Programa do XV Governo Constitucional satisfazendo as necessidades de criação de uma autoridade reguladora específica para o sector da saúde. Esta entidade é uma iniciativa inovadora no contexto internacional, desconhecendo-se outra entidade com características e atribuições semelhantes em qualquer outro país (Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS, 2004). Foi criada pelo Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro. Este diploma define a ERS como é uma entidade reguladora, com natureza de autoridade administrativa independente, que tem por objecto a regulação, a supervisão e o acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de Dezembro). De acordo com o ponto 1 do artigo 6 do já referido Decreto-Lei, as atribuições da ERS compreendem:

“(...) a regulação e a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à segurança e aos direitos dos utentes” (Decreto-Lei n.º 309/2003:8330).

No mesmo artigo, porém no ponto 2:

“Constituem atribuições da ERS:

- a) Defender os interesses dos utentes;*
- b) Garantir a concorrência entre os operadores, no quadro da prossecução dos direitos dos utentes;*
- c) Colaborar com a Autoridade da Concorrência na prossecução de atribuições relativas a este sector;*
- d) Desempenhar as demais funções que por lei lhe sejam atribuídas” (Decreto-Lei n.º 309/2003:8330).*

No ponto 3 refere ainda:

“Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, incumbe ainda à ERS dar parecer, a pedido do Governo, sobre:

- a) *Os contratos de concessão e gestão que envolvam as actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração de instituições e serviços, ou suas partes funcionalmente autónomas com responsabilidade pelas prestações de cuidados de saúde;*
- b) *Outros modelos inovadores de gestão subjacentes à prestação de cuidados de saúde;*
- c) *Os acordos, contratos e convenções subjacentes ao regime das convenções;*
- d) *Os requisitos e as regras de licenciamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, respectivamente do sector social, privado e cooperativo;*
- e) *Os requisitos e as regras relativos ao exercício da actividade seguradora por entidades autorizadas a explorar o ramo «Doença» (Decreto-Lei n.º 309/2003:8330/1).*

Dentro da sua actividade como reguladora das actividades da saúde, a ERS tem publicado no seu site *documentos tipo*, para além dos habituais “planos e relatórios de actividades” como “Informações aos prestadores”, “Pareceres e Recomendações”, “Instruções” e “Contra-ordenações”. Dentro dos documentos disponíveis, encontra-se o seguinte documento relacionado com a fisioterapia, especificamente, com a medicina física e reabilitação: “Caracterização do acesso dos utentes a serviços de medicina física e de reabilitação” de Abril de 2008. Este documento surge no cumprimento do Plano de Actividades de 2007, pois um dos objectivos da ERS, o de “(...) assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde” “(...) bem como zelar pelo respeito pela liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas” (ERS, 2008:1). Assim a ERS prosseguiu na comparação de mapas de oferta de cuidados de saúde com as características da população de cada região.

Após análise do acesso relativo ao serviço, foram efectuadas recomendações de reorganização de forma a reduzir as desigualdades no acesso dos cidadãos. Saliente-se o envio de um relatório preliminar a “entidades com interesse no sector da MFR” (ERS, 2008:1), tais como a Associação Portuguesa de Médicos Fisiatras (APMF), a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação (SPMFR), as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), para comentar os conteúdos do relatório concluído em Dezembro de 2007. Após reunião das opiniões a ERS organizou em Março 2008, um *workshop* sobre o sector MFR, para entidades com interesse e responsabilidades no sector onde

também foram discutidas reclamações recebidas pela ERS relativas a prestadores nas áreas da MFR. Dentro dos presentes referem-se a ACSS, a ARS do Norte, a ARS do Algarve, a Direcção Geral de Saúde, a APMF, a SPMFR e os responsáveis pelos serviços de MFR do Hospital de S. João, do Centro Hospitalar do Porto e do Hospital Distrital de Faro. Segue-se o resumo efectuado ao relatório da ERS (2008) “Caracterização do acesso dos utentes a serviços de Medicina Física e de Reabilitação”.

2.6.1. Prestação de Medicina Física e Reabilitação

Segundo o sistema de registo obrigatório de prestadores de cuidados de saúde (Sistema de Registo de Entidades Reguladas - SRER) estabelecido pelo D.L. n.º309/2003 de 10 de Dezembro e pela Portaria n.º 38/2006 de 6 de Janeiro, existiam 617 instituições prestadoras de MFR, sendo 74,9% de cariz privado. As entidades do sector público e social representam 11% e 14,1% respectivamente. A Figura 3, representa a distribuição geográfica das entidades registadas na ERS. Note-se a concentração geográfica esperada em Lisboa e Porto tal como nas regiões litorais ERS (2008).

Para se obter uma noção da quantidade de profissionais de saúde, a ERS (2008) refere que o serviço de MFR deverá ser constituído por três categorias profissionais, considerados colaboradores. A ERS contempla nesta equipa: um médico fisiatra (colaborador médico), fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, ortoprotésicos (colaboradores técnicos) e auxiliares de fisioterapia, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de educação física, massagistas e auxiliares de acção médica (outros técnicos de saúde). Nas 617 entidades registadas, totalizam 4187 empregos de profissionais de saúde. Saliente-se que este número considera empregos ocupados e não número de profissionais. Deste total, 56,4% estão integrados no sector privado e 24,3% e 19,3% no sector público e social respectivamente.

Segundo o quadro n.º5, dos 4187 profissionais, a profissão mais representada é a fisioterapia com 45% de representatividade.

Figura 3 - Serviços de MFR em Portugal Continental⁶⁶



Fonte: SRER (in ERS, 2008).

Como consta no Quadro 29, a média de profissionais por entidade prestadora de MFR, no caso das entidades registadas é de 6,79, dentro dos quais 3,09 são fisioterapeutas e 1,98 são médicos. No entanto, a grande heterogeneidade implica que

66 Para efeitos de georreferenciação, a unidade mais pequena usada foi a localidade postal. Assim sendo, independentemente do número de entidades prestadoras existentes na mesma localidade postal, estas estão apenas representadas pelo mesmo círculo. A variabilidade do tamanho de cada círculo é proporcional ao número de entidades prestadoras existentes, sendo o círculo de maior dimensão representativo de 68 entidades registadas na localidade postal de Lisboa.

se deverá utilizar outra medida de tendência central para caracterizar uma entidade prestadora de MFR típica, como se pode observar no Quadro 30 (ERS, 2008).

Quadro 29 - Recursos humanos em serviços de MFR.

Categoria profissional	Número de profissionais	% do total de profissionais	Média por serviço
Médicos	1223	29	1,98
Fisioterapeutas	1905	45	3,09
Terapeutas Ocupacionais	224	5	0,36
Terapeutas da Fala	157	4	0,25
Ortoprotésicos	12	0	0,02
Outros	666	16	1,08
Total	4187	100	6,79

Fonte: SRER, in ERS (2008).

Assim, os dados observados pela mediana, demonstram que o serviço típico de MFR registado na ERS é constituído por 4 profissionais. A maioria emprega 1 ou 2 médicos e 1 a 4 fisioterapeutas. Apesar dos profissionais mais frequentes serem os médicos e fisioterapeutas, ainda existem 124 entidades que não possuem fisioterapeutas, por outro lado, todas as entidades têm pelo menos um médico.

Quadro 30 - Estrutura organizacional dos serviços de MFR (número de serviços de cada dimensão).

Número de profissionais por serviço	Médicos	Fisioterapeutas	Terapeutas Ocupacionais	Terapeutas da Fala	Ortoprotésicos	Outros	Total
0	0	124	522	535	614	423	0
1	362	117	60	50	1	85	75
2	133	121	16	15	1	39	66
3	56	85	5	11	0	18	87
4	27	47	5	2	0	11	85
5 a 6	21	56	5	2	0	17	95
7 a 9	11	33	0	1	1	9	96
10 a 19	6	27	3	1	0	12	82
20 ou mais	1	7	1	0	0	3	31
Mediana	1	2	0	0	0	0	4

Fonte SRER, in (ERS, 2008).

2.6.2. Acessibilidade

A acessibilidade aos serviços de MFR, foi estudada por um estudo empírico desenvolvido pela ERS incluindo 1701 utentes que acederam às entidades convencionadas e reguladas segundo o sistema de registo obrigatório de prestadores de cuidados de saúde na ERS, estabelecido de acordo com o art. 29.º do Decreto-Lei

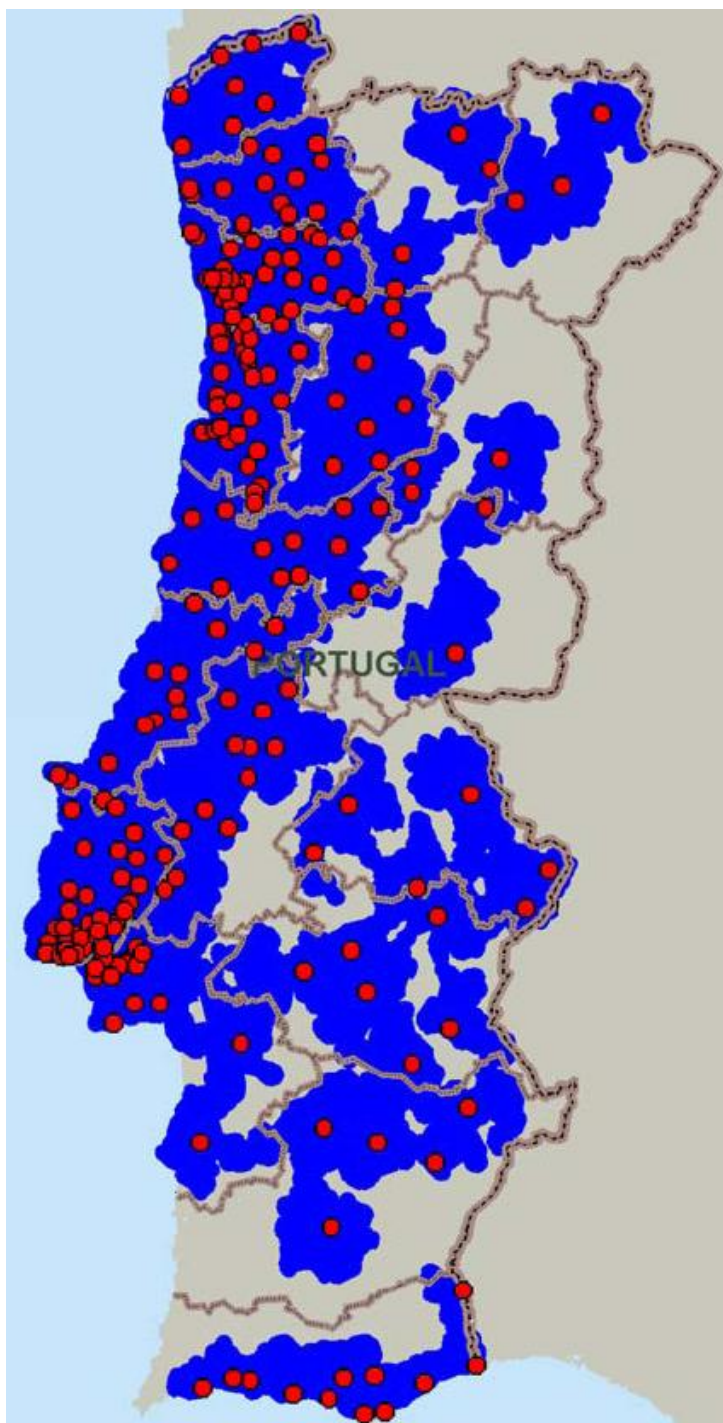
n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, e a Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro. Os resultados demonstraram que 74,3% dos utentes tem acesso a um serviço de MFR regulado até 15km de distância da sua residência. Também verificaram que 85% dos utentes efectuam deslocações até 29,83 minutos para acederem ao serviço. Este cálculo foi efectuado, tendo por base uma distância máxima de 20km. Apesar de não existir consenso entre o tempo máximo desejável para um utente se deslocar para um serviço de MFR, algumas opiniões sugerem o tempo máximo de 30 minutos. A distância de deslocação máxima até um serviço regulado de MFR registada foi de 163,7km. O mapa na Figura 4 apresenta as áreas geográficas estimadas estarem a menos de 30 minutos de um serviço de MFR regulado. Tendo em conta a localização dos locais de prestação referidos no mapa, conclui-se que a acessibilidade a serviços de MFR é de 94%, pois segundo o mapa, apenas 6% da população se encontra a mais de 30 minutos de distância de um prestador regulado. Verifica-se que as zonas mais carenciadas são as do interior e do sul do país.

O ponto 13 das conclusões do estudo da ERS, pressupõe a abertura de mais unidades de MFR convencionadas. Citando:

“A implementação generalizada das unidades/departamentos funcionais, previstos no regime jurídico do licenciamento das unidades privadas de MFR, permitiria expandir significativamente a rede de estabelecimentos de MFR (...) permitiriam uma maior desagregação da rede de MFR em diferentes níveis de prestação de cuidados, adequando-a melhor às necessidades específicas de cada população” (ERS, 2008:37,38).

A demonstração de lacunas na prestação destes serviços, poderá implicar um aumento da oferta de emprego para os fisioterapeutas.

Figura 4 - Áreas geográficas a menos de 30 minutos de um serviço de MFR regulado pela ERS.



Fonte: ERS, (2008).

2.7. Planificação de recursos humanos da saúde

A planificação dos recursos relacionados com a saúde é de elevada importância. Segundo o OPSS (2009:105):

“No sector da saúde, a questão dos recursos humanos assume relevância particular, não só pelo elevado nível de especialização dos profissionais e pelo controlo que estes detêm das actividades críticas das organizações, determinando a qualidade e eficiência das respostas dos sistemas de saúde, mas também pela dimensão que estes assumem, dada a mão de obra intensiva associada a esta área”.

Os recursos humanos na saúde têm um papel preponderante na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (O'Brien-Pallas *et al.*, 2001a). Reid (1992, *cit in* O'Brien-Pallas *et al.*, 2001a) enfatiza a importância no desenvolvimento ou na reavaliação de estratégias para os recursos humanos na saúde para garantir serviços mais efectivos e mais equitativos. Já Ozcan *et al.*, (1995, *cit in* O'Brien Pallas *et al.*, 2001a) revela que o custo, a qualidade e a quantidade da prestação dos cuidados de saúde, dependem em grande parte da organização dos recursos humanos.

O'Brien Pallas *et al.*, (1998) revela que o planeamento de recursos humanos da saúde em alguns países é intermitente, com qualidade variada e levada a cabo sem os dados adequados. Pois reconhece-se que o conceito de saúde é extremamente amplo. Segundo Hack e Konrad (1995) o planeamento de recursos humanos inclui os aspectos técnicos das projecções da oferta e estimativa das necessidades ou da procura integrados numa perspectiva de políticas de saúde. Para a *Australian Medical Workforce Advisory Committee – AMWAC* (2000), o planeamento de recursos humanos é o processo de estimação das necessidades de recursos humanos para satisfazer as necessidades futuras do serviço de saúde e também o desenvolvimento de estratégias para atingir a satisfação dessas necessidades. Teoricamente, é dividida em duas grandes fases: em primeiro lugar é essencial estimar os recursos humanos existentes e a sua adequação às necessidades actuais. Assim, caso seja possível, devem-se verificar os desequilíbrios, devendo-se efectuar uma análise rigorosa da população, as instituições prestadoras e a sua respectiva localização; em segundo lugar efectua-se uma projecção das necessidades de recursos humanos baseada em análise de tendências, da demografia profissional e da procura dos serviços de saúde, seguido do cálculo do número de profissionais necessários para satisfazer as necessidades previstas. De forma resumida, o planeamento de recursos humanos na

saúde pode ser definido como a certificação que os recursos humanos adequados estão no local certo, à hora certa com as competências desejáveis (Birch, 2002 *cit in* Roberfroide e Stordeur, 2009; Zurn *et al.*, 2004; AHWAC, 2004).

Segundo Selker (1995), o sistema de saúde é influenciado por “forças” e tendências, podendo ser na sua maioria, impulsionadoras do aumento da procura de fisioterapia. Entre essa “forças” e tendências citam-se: a contenção das despesas de saúde, nomeadamente a nível do internamento que implica a alta hospitalar precoce, proporcionando um aumento da necessidade dos apoios em ambulatório e no domicílio; a promoção e prevenção da saúde e o envelhecimento geral da população. Estas áreas são de reconhecido interesse para os fisioterapeutas.

O envelhecimento da população é verificado em muitos países europeus, pois as pessoas vivem hoje, em média, cerca de 20 anos mais do que em relação a um passado não muito longínquo. Como é sabido, a esse aumento de esperança de vida tem correspondido um aumento de doenças crónicas, frequentemente incapacitantes, sendo fundamental a sua reabilitação. As necessidades de reabilitação tiveram grande impulso e desenvolvimento no século XX, nomeadamente nos períodos ulteriores às grandes catástrofes mundiais, tais como as guerras (DGS, 2003a; CCE, 2008a). Os avanços tecnológicos decorrentes e o aprofundamento do conhecimento dos fenómenos envolvidos nos processos de morbilidade permitem uma melhoria na aceitação e compreensão do conceito mais lato que é atribuído à saúde como bem-estar físico, psíquico e social a que todos os seres humanos têm direito (DGS, 2003a; Higgs *et al.*, 2003; CCE, 2008a). Partindo do princípio que todos seres humanos têm direito à saúde, devem-se reunir esforços de modo a que existam profissionais em número adequado para que estes serviços sejam garantidos.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 publicado pela DGS (2004b) a informação relativa às características e a distribuição dos recursos humanos em Portugal é incompleta e desactualizada.

“A informação disponível, embora vasta, está incompleta, visto não permitir, por exemplo, estimativas dos activos da saúde em termos de equivalentes a tempo inteiro e estimativas de taxas de absentismo por causa.

Não tem também permitido responder atempadamente e com o rigor desejado às actuais necessidades de planeamento.

A complexidade e o grau de variabilidade do sector da saúde, evidenciados pelas reformas em curso, acentuam as insuficiências da informação disponível.” (DGS, 2004b:127).

A DGS (2004b) reconhece a carência de profissionais de saúde, especificamente de enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes sociais, o que dificulta a implementação de projectos de saúde possíveis. Relativamente à classe médica, o rácio médicos/habitante está próximo do rácio dos países europeus, no entanto, o problema reside na assimetria da sua distribuição geográfica. As especialidades mais carenciadas são a de clínica geral e saúde pública, psiquiatria, anestesia, obstetrícia e pediatria. Uma das *“orientações estratégicas e intervenções necessárias”* (DGS, 2004 b:128) é *“adequar a oferta, em quantidade e qualidade, de profissionais de saúde às necessidades dos cidadãos e do Sistema de Saúde”* (DGS, 2004 b:129). Para o efeito a DGS, (2004 b:128) pretende desenvolver *“(…) um plano estratégico para a formação, em parceria com o Ministério da Ciência e do Ensino Superior (MCES), entre outras entidades, e propostas medidas para a resolução de carências de bacharéis e licenciados a curto e médio prazo em áreas da Saúde”*.

Até ao momento o autor apenas tem conhecimento de dois documentos que referem necessidades específicas na carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, desenvolvidos para a adaptação dos cursos das tecnologias da saúde ao Processo de Bolonha o do Professor Doutor Alberto Amaral *“Proposta de Plano Estratégico – Tecnologias da Saúde”* de 2002⁶⁷ e o do Professor Doutor António Lopes *“Implementação do processo de Bolonha a Nível Nacional, por áreas de Conhecimento: Tecnologias da Saúde - Relatório Final”* de 2004 que já foram abordados neste trabalho. Saliente-se a primeira questão (de duas) das considerações finais do relatório de Amaral (2002:59) que solicita a atenção dos Ministérios da Educação e da Saúde:

“A necessidade de ser feito um acompanhamento permanente da situação, avaliando de forma sistemática a evolução do número de alunos inscritos em cada curso, do número de licenciados formados e das necessidades de pessoal do sector da saúde, tanto no domínio do SNS como no sector privado. Só desta forma se evitarão desencontros entre a formação de profissionais pelas instituições da tutela do Ministério da Educação e as necessidades do Ministério da Saúde e do sector privado.”

67 O documento “Proposta de Plano Estratégico – Tecnologias da Saúde” do Professor Doutor Alberto Amaral, encontra-se como anexo do documento “Implementação do processo de Bolonha a Nível Nacional, por áreas de Conhecimento: Tecnologias da Saúde - Relatório Final” do Professor Doutor António Lopes.

Os dados relativos aos profissionais de saúde que exercem a sua actividade em território nacional são recolhidos com diferentes critérios e por diversas entidades. O Ministério da Saúde recolhe essencialmente dados sobre os recursos humanos do SNS, excluindo as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. O Instituto Nacional de Estatística (INE), recolhe dados no território nacional, mas apenas dos profissionais que exercem a sua actividade nos estabelecimentos de saúde com internamento (hospitais públicos e privados) e nos centros de saúde. Exclui assim os profissionais de saúde que prestam os seus serviços em ambulatório, no sector privado (por ex.: consultórios médicos; policlinicas; postos/centros de enfermagem; estabelecimentos de fisioterapia, de análises clínicas). Assim sendo, a recolha de dados não abrange toda a extensão de prestação em território nacional. Existem apenas alguns dados relativos a um inquérito por amostragem, efectuado às empresas de saúde administrado pelo INE, no entanto, tem como principal objectivo a vertente económico-financeira das empresas (Biscaia *et al.*, 2003).

Outro meio de controlo do número de profissionais existentes poderá ser através das ordens profissionais, dado a obrigatoriedade de inscrição na respectiva ordem para o exercício em território nacional. Exemplos existentes são os médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos, no entanto, por diversos motivos, nem sempre as bases de dados se encontram actualizadas. Em síntese *“Nenhum dos sistemas de informação referidos recolhe dados que permitam o cálculo de equivalentes a tempo inteiro”* (Biscaia *et al.*, 2003:283).

Ainda, o atraso na divulgação dos dados recolhidos e a inexistência dos restantes não permite uma leitura das necessidades actuais do país dificultando a previsão (Birch *et al.*, 1994, O’Brien-Pallas *et al.*, 1999 *cit in* O’Brien-Pallas *et al.*, 2001a; Biscaia *et al.*, 2003. Segundo Biscaia *et al.*, (2003:284),

“A autorização de abertura de cursos ligados à área da saúde, nos sectores público e privado, assim como o estabelecimento do “numerus clausus” para formação universitária ou das vagas para especializações médicas e de enfermagem em Portugal, não são geralmente compreensíveis ou enquadráveis numa estratégia para o Sector da Saúde”.

Segundo o OPSS (2003), o recrutamento de profissionais de saúde de outros países é um exemplo da ausência de planeamento na área da saúde. As classes mais afectadas são os médicos e enfermeiros, cujas lacunas são colmatadas por profissionais oriundos não só de Espanha mas também de países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) (OPSS, 2003; CCE, 2008a). Para o OPSS (2003:46):

“Para além da discriminação negativa que isto representa, em termos de oportunidade de formação e realização profissional para uma geração de portugueses, o elevado recrutamento entre profissionais de saúde dos PALOP representa uma falha na obrigação de protecção dos serviços de saúde de países em vias de desenvolvimento. Dever-se-ia ser capaz de resolver internamente os problemas de escassez de profissionais sem acentuar as já gravíssimas carências desses países, utilizando os seus profissionais para colmatar as nossas necessidades.”

Segundo o OPSS (2003), não tem havido uma política de recursos humanos nem um pensamento estratégico que abordasse esta matéria. Para estes autores uma política de recursos humanos deve atender a considerações de índole laboral, profissional e pessoal (Quadro 31). A política de recursos humanos deve criar mecanismos para dar resposta às aspirações dos trabalhadores, os seus anseios e preocupações tal como deve responder às expectativas presentes e futuras de saúde da população (OPSS, 2003; Roberfroid *et al.*, 2009).

Quadro 31 - Aspectos laborais e profissionais de uma política de recursos humanos.

Dimensão	Aspectos laborais	Aspectos profissionais
Necessidades	Número de profissionais necessários, aberturas de concursos	Definição do «skill mix» adequado e das repostas de formação básica e de reorientação profissional necessárias
Incentivos	Remuneração e condições de trabalho	Recrutamento e retenção do pessoal de forma a garantir uma resposta adequada às necessidades de saúde
Cidadania	Direitos fundamentais dos trabalhadores, liberdade de associação e direito à greve	Participação nas decisões no Sector da Saúde a todos os níveis
Segurança e saúde ocupacional	Direito a um ambiente de trabalho seguro, não violento e à baixa por razões de saúde. Respostas prontas e adequadas aos problemas de saúde	Impacto das condições de trabalho, políticas de incentivos entre outras no bem estar dos profissionais
Disciplina	Direito à representação	Padrões de disciplina adequados à profissão e às condições de trabalho
Licenciamento profissional	Direito ao pleno emprego	Reconhecimento das qualificações profissionais e processos de acreditação depois do licenciamento inicial
Carreiras	Condições de promoção e progressão salarial	Definição de estruturas de carreiras adequadas às necessidades de saúde nacionais e conducentes à satisfação profissional
Desenvolvimento profissional contínuo	Definição clara de direitos e acesso a oportunidades de aprendizagem contínua	Reconhecimento formal de esforços de desenvolvimento profissional contínuo através de progressão nas carreiras e acreditação profissional

Fonte: Biscaia *et al.* (2003) Adaptado de Leatther A, Kingma M.

Uma política de recursos humanos advém de um conjunto de valores e princípios, traduzindo-se em estratégias que consideram o bem-estar e o desempenho dos profissionais, que exercem as suas funções no sistema de saúde, não só no presente mas também ao longo das suas vidas. Contempla a determinação de necessidades em profissionais de saúde, a garantia de exercício profissional de qualidade, através de medidas que permitam a articulação interministerial e das organizações responsáveis pela sua formação e desenvolvimento. Envolve o estabelecimento de *numerus clausus* no acesso ao ensino superior e nas respectivas

especializações profissionais, o controlo de certificações (e recertificações), a avaliação de capacidades formativas das instituições, a planificação de programas de desenvolvimento profissional contínuo, a definição das carreiras, e, por outro lado, o recrutamento, selecção, colocação de profissionais, os sistemas de remuneração e outros incentivos. Deve igualmente contemplar o controlo dos fluxos migratórios dos profissionais de saúde (para fora e para dentro do país) para salvaguarda da prestação de cuidados em território nacional (Biscaia *et al.*, 2003; OPSS, 2003).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), admite não ter aprofundado suficientemente o tema dos recursos humanos nos anteriores relatórios⁶⁸, apesar de reconhecer a sua importância, teve pretensão em colmatar essa lacuna. Segundo o OPSS (2009), nas últimas décadas, diversas correntes de pensamento reúnem consenso de que o sucesso das organizações depende da forma como estas gerem os seus recursos humanos, pois é pelas suas capacidades intelectuais, criatividade e pelas suas competências que as organizações se destacam, conferindo-lhes vantagem comparativa. A saúde é um dos sectores mais importantes da economia, empregando cerca de um décimo da mão-de-obra de toda a UE. De acordo com o Livro Verde sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde, os salários e outras despesas relacionadas absorvem aproximadamente 70% dos orçamentos do sector (CCE, 2008a). É também essencial não esquecer que a previsão de necessidades de recursos humanos é um processo dinâmico, existindo uma necessidade constante de adaptação às mudanças que vão surgindo. Apesar do estudo de previsão possuir limitações, é essencial para a preparação de respostas a questões que possam surgir. O documento da *European Centre for the Development of Vocational Training*⁶⁹ (CEDEFOP), “*Future skill needs in Europe Medium-term forecast: Synthesis report*” apresenta os dados mais abrangentes e consistentes na área da projecção das competências necessárias para o mercado europeu produzido para a Europa. Estes dois documentos pretendem constituir-se como base para uma reflexão dos Estados-Membros da UE no sentido de se identificarem conjuntamente soluções eficazes para os problemas relacionados com os recursos humanos da área da saúde (Cedefop, 2008).

A esmagadora maioria dos documentos que abordam a previsão de recursos humanos de saúde, abrangem primordialmente os grupos profissionais dos médicos e enfermeiros. Alguns países possuem tradição estatística há bastante tempo. Entre estes países destaca-se o Canadá que já não se debate com o problema de não

68 Anteriores ao relatório de 2009.

69 Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional Vocacional.

existir planificação de recursos humanos, mas sim, o de definir qual é o melhor método de previsão (Aiken & Salmon 1994, Schroeder 1994, Sullivan *et al.* 1996, Pong 1997 *cit in* O'Brien-Pallas *et al.*, 2001).

No Canadá, a fisioterapia é uma profissão auto-regulada. Estabeleceu padrões de ensino e possui um corpo de saberes e de competências que são complementadas por investigação e aprendizagem ao longo da vida. Neste país, os fisioterapeutas são profissionais autónomos, trabalhando nos cuidados primários, sendo profissionais de primeiro contacto, ou seja, não necessitam de indicação e/ou prescrição médica para prestarem os seus serviços (Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators - CAPR e - CPA, 2002; Canadian Institute for Health Information - CIHI, 2006). Para os CAPR e para a CPA, a planificação de recursos humanos era ainda reduzida, fragmentada e continha pouca profundidade. Estes organismos pretendiam que a planificação fosse a longo prazo, incidindo nas necessidades da população, e conjunta com os outros prestadores de cuidados de saúde, que prestam os seus serviços nos cuidados primários (CAPR e CPA, 2002). Uma das lacunas que estes organismos apontavam era a falta de uma base de dados completa que reunisse dados fundamentais para o estudo dos fisioterapeutas a nível nacional, como já acontecia para a medicina e a enfermagem.

O primeiro documento publicado no Canadá exclusivamente dedicado à aos fisioterapeutas data de 2008, intitulado "*Workforce Trends of Physiotherapists in Canada, 2007*" publicado pelo "*Canadian Institute for Health Information - CIHI*". Este documento teve a sua base na "*The Physiotherapist Database - PTDB*", que é usada pelo governo e está acessível a investigadores, *stakeholders*, escritórios de advogados, organizações públicas e privadas, aos média e claro, aos fisioterapeutas. Esta base de dados compreende uma variedade de informação que satisfaz as necessidades actuais e futuras de planeamento e gestão de recursos humanos. A outra base de dados existente, a "*Health Personnel Database- HPBB*" inclui dados dos graduados das universidades canadianas, e também alguns dados históricos, porém com algumas limitações que foram colmatadas pela PTDB. Ambas bases de dados são da responsabilidade do CIHI (CIHI, 2008).

Este documento fornece dados históricos da distribuição dos fisioterapeutas em território canadiano, permitindo uma análise exaustiva das tendências da distribuição, demonstrando a necessidade de continuação do trabalho para o desenvolvimento de informação relativa ao planeamento de recursos humanos na saúde. Note-se que apesar da importância dos resultados deste documento, este possui falhas em relação a contagens globais, a nível de todo território, por falta de dados de algumas províncias por razões diversas. Saliente-se o facto do documento conseguir extrair das

bases de dados, os fisioterapeutas que se encontram no activo, excluindo como consequência os fisioterapeutas reformados, ou que trabalham em outra área ou que por um ou outro motivo não se elegeram para o exercício profissional nesse ano⁷⁰, tal como excluem os duplos registos⁷¹ (CIHI, 2008).

Neste documento, revelaram-se alguns números interessantes de registar. O rácio de fisioterapeutas por 100 000 habitantes mantiveram-se relativamente estáveis de 2002 para 2006, começando numa relação de 48/100 000, e acabando esse período em 49/100 000. Estes rácios correspondem a aproximadamente 1 fisioterapeuta para cada 2000 habitantes. Quanto ao desemprego, verificou-se uma percentagem de 1,7%, apesar de em 1,2% dos registos não constar o estado de empregabilidade. Assim, garante-se 96,5%⁷² de empregabilidade dos 16 424 fisioterapeutas que submeteram o seu registo para exercer a sua actividade profissional em 2007. O documento revela também, dados relativos à distribuição geográfica dos fisioterapeutas (por província e por meio “rural/urbano”), sexo, idade, área de trabalho/tipo de serviço, número de entidades empregadoras a quem presta serviços, grau académico, origem da formação⁷³, entre outros (CIHI, 2008).

Tendo em conta a existência de significativa actividade no planeamento de recursos humanos para o exercício profissional da fisioterapia, resta saber como é que se pode abordar o tema. Segundo Jacoby (1995), não há uma melhor maneira de fazer previsões de necessidades de fisioterapeutas. De uma forma genérica, o desenvolvimento das necessidades de recursos humanos na saúde tem sido abordado através de 2 modelos conceptuais “baseado em necessidades⁷⁴”, e “baseado na procura⁷⁵”. Para este autor ambos permitem fazer estimativas, no entanto apresentam deficiências. Em modelos de previsão “baseados nas necessidades”, os peritos projectam as respectivas necessidades através do seu conhecimento relativo aos padrões de prática profissional, produtividade, e padrões de morbilidade esperados. Portanto, as estimativas são baseadas no julgamento dos peritos do que os cuidados de saúde deverão ser. As necessidades estimadas são baseadas num nível previsto

70 Os fisioterapeutas devem submeter um registo anual na província onde pretendem exercer (CIHI, 2008).

71 Caso de fisioterapeutas que exercem as suas funções em duas províncias no mesmo ano.

72 Os dados recolhidos para a PTDB indica que existiam 15850 fisioterapeutas empregados (exclui Nova Scotia, Northwest Territories e Nunavut).

73 Sendo um país multicultural, o Canadá possui quase 15% dos fisioterapeutas que frequentaram a sua formação fora do país.

74 Tradução de “*needs-based*”.

75 Tradução de “*demand-based*”.

do estado de saúde, e da prestação de serviços independentes dos existentes no mercado. O objectivo é prever o nível de serviços necessário que garanta o melhor estado de saúde possível à sociedade. É o preferido pela sociedade. Os modelos “baseados na procura” consideram a preferência dos consumidores, são baseados no mercado. São modelos mais complexos de operacionalizar dado que utilizam modelos econométricos que fazem a extrapolação das condições de mercados existentes, da organização da rede de prestadores, das barreiras ao acesso e das preferências individuais dos consumidores. As previsões são tanto quanto mais fiáveis quanto mais estáveis se mantiverem os níveis de prestação actuais no futuro. A comparação dos resultados entre os dois modelos é bastante dispar. A diferença assenta no facto que a procura parte da necessidade efectiva, sendo influenciada pelas preferências dos consumidores, e pela influência dos prestadores (necessidade desejável)⁷⁶. Para que o consumidor fosse capaz de utilizar apenas os serviços que efectivamente precisasse teria que ter conhecimentos precisos do seu estado de saúde físico e mental e da eficácia dos serviços existentes. Por outro lado, não é correcto afirmar-se que todas as necessidades efectivas se tornem em necessidades desejadas. Pois mesmo que o acesso aos serviços fossem gratuitos, as barreiras ao acesso como a distância e o tempo de espera administrativo/burocrático reduziria as necessidades desejadas a um nível aproximado das necessidades efectivas. Resumindo, o modelo das “necessidades” e o da “procura” podem prestar informações complementares para fundamentar as decisões de políticas de saúde (Jacoby, 1995; O'Brien-Pallas *et al.*, 2001b).

A operacionalização metodológica dos distintos modelos conceptuais apresentados, utilizados na planificação de recursos humanos na área da saúde, também pode variar. Os métodos analíticos normalmente são enquadrados em 3 categorias:

1. Modelos baseados na população “*Population-based models*”;
2. Modelos micro e macro económicos “*Micro e macro-economic models* e,
3. Modelos de investigação operacional “*Operations research models*”.

⁷⁶ A necessidade desejável é aqui considerada como uma alteração da necessidade básica ou efectiva, motivada pela preferência do consumidor e/ou pela oferta de serviços. Um indivíduo pode ter um problema de qualquer natureza. Pelo facto de ser acessível tanto um serviço básico como um especializado, poderá existir a tendência do indivíduo procurar o que considera ser o melhor serviço, nem que considere que o serviço básico que é o mais barato lhe poderia resolver do mesmo modo o seu problema.

Os modelos mais sofisticados baseados na população reflectem os métodos analíticos adoptados das ciências sociais e da demografia. A segunda abordagem baseia-se em técnicas de regressão e fórmulas estocásticas que foram adoptadas da economia. O terceiro modelo aplica operações que inclui simulações, programação linear, cadeias de Markov e processos semi-Markov. Existem tantas metodologias de planeamento na área da saúde como em outras indústrias (O'Brien-Pallas *et al.*, 2001a).

Iremos debruçar sobre as projecções baseadas na população dado que é com rácios que se pretende operacionalizar a metodologia deste trabalho. Aborda-se também, de uma forma muito simplificada, os modelos econométricos, dado que se usam famílias de regressões, adaptadas a uma função logística para prever a procura.

O método baseado na população, teve a sua origem nos EUA na década de 30 quando Lee e Lewis estebelecaram num estudo o rácio ideal de médicos de família/100 000 habitantes⁷⁷ (Ricketts 2003, *cit in* Landry *et al.*, 2007). O método foi dominante até à década de 70, tendo por base a formulação de projecções “básicas”, “altas” e “baixas”. Assim, as projecções “básicas” eram fundamentadas nos factores que afectavam a oferta, seguiam as alterações demográficas e as tendências de utilização. As projecções “baixas” reflectiam a estabilização das tendências de entradas nos cursos⁷⁸. As projecções “altas” reflectiam a manutenção dos rácios de vagas preenchidas por número de cursos. Era assumido um crescimento gradual e constante nas entradas nos cursos não atendendo ao ritmo de saídas da profissão⁷⁹ ou aos efeitos específicos de alguns grupos etários. Estudos recentes que utilizaram este método, estandardizaram o ritmo de saídas da profissão, por grupos etários específicos. Estes métodos sofisticaram as previsões contemplando a participação da população laboral na profissão⁸⁰, o desemprego, tipo de contrato de trabalho (a tempo inteiro ou parcial). O ritmo de saídas da profissão foi contemplado através da taxa de mortalidade, taxa de reforma e a entrada na prática profissional. Os autores, incluíram também uma formulação de procura dos serviços pela previsão de número de utentes, carga horária de trabalho, e envolvimento em actividades não-clínicas (ensino e investigação). Maior aprofundamento poderá ser contemplado através dos custos do ensino e até nas poupanças esperadas dado a intervenção clínica. Apesar dos itens que se poderão acrescentar para valorizar este método de previsão, alguns também

77 “Physicians”.

78 Método utilizado para a enfermagem.

79 Relacionada com o ritmo de reformas ou outro motivo de saída da profissão.

80 Tradução de “work force participation”.

dificuldades associadas. Por exemplo, é difícil prever a estabilidade dos comportamentos de determinados grupos etários (O'Brien-Pallas *et al.*, 2001a). Por outro lado, os investigadores, na sua generalidade referem que os padrões de utilização de serviços permanecem estáveis (Roos *et al.*, 1999 *cit in* O'Brien-Pallas *et al.*, 2001a). Apesar da técnica apresentar aproximadamente 80 anos de existência, persiste a sua utilidade comprovada pela existência de estudos recentes (Landry *et al.*, 2007).

Os modelos econométricos mais complexos datam da década de 70. Abordam as variáveis do mercado tais como *stock* e ordenados, com considerações básicas relativas à procura, fundada nas vagas, na população e em *census* hospitalares. Apesar desta abordagem permitir uma análise essencial das relações entre *stock*, ordenados, procura, e orçamentos, a abordagem é limitada na adequação conceptual. Estes modelos, não consideram de forma satisfatória as necessidades de saúde da população, o impacto das políticas governamentais, pressões orçamentais factores sócio-económicos e políticos, a influência das transformações do sistema de saúde e o impacto dos resultados. Assim, apesar de serem importantes as considerações relativas ao custo, não podem ser preponderantes na modelagem das necessidades de saúde (O'Brien-Pallas *et al.*, 2001a).

Os “*operations research methods*” são mais utilizados em estudos a nível “micro”, ou seja, são aplicados na previsão de necessidades de recursos humanos locais e na eficiência da sua distribuição. Nalguns casos, a agregação da informação pode ser extrapolada a nível de toda uma indústria. Este método utiliza técnicas Markov, sendo aplicadas em modelos Markov e semi-Markov. A aplicação destas técnicas oferece um aumento da precisão na previsão da oferta, podendo abranger a estabilidade dos comportamentos da população e dos padrões de prestação dos serviços de saúde (Trivedi *et al.*, 1987 *cit in* O'Brien-Pallas *et al.*, 2001a).

Para cada modelo conceptual a metodologia pode variar consoante os dados existentes. Neste estudo, optou-se pelo método que emprega rácios prestador/população dado ser o que melhor se enquadra aos dados obtidos. Os rácios utilizados podem ser nacionais ou internacionais e podem ser alterados tendo em conta as variações existentes entre grupos demográficos (idade, sexo, etnia, salário). Este método é simples e pouco dispendioso, porém implica uma relação rígida entre a população, as necessidades de cuidados de saúde e a produtividade dos prestadores. Compete assim que este rácio seja o ideal, portanto, o uso desta técnica implica a estabilidade desta relação no tempo, não sendo sensível às alterações tecnológicas, alterações dos padrões de delegação do serviço e alterações das necessidades da população (Jacoby, 1995).

Assim sendo, pretende-se apresentar a perspectiva dos modelos conceptuais que neste caso são definidos tendo por base o método “Population-based models” segundo O’Brien-Pallas *et al.*, (1998) e Lomas, (1985), *cit in* Burnett, (2004). Estes autores fazem referência à existência de 3 modelos conceptuais que permitem uma aproximação à planificação de recursos humanos na área da saúde que neste caso se adequam melhor a este trabalho. São:

1. Baseado no consumo “*utilization-based*”;
2. Baseado nas necessidades “*needs-based*”;
3. Baseado na procura efectiva “*effective demands-based*”.

O primeiro modelo conceptual “baseado no consumo”, assenta no princípio de que o rácio actual é o necessário para satisfazer as necessidades do futuro adaptando-o às alterações demográficas (Birch *et al.*, 1994; Jacoby, 1995; Hack e Konrad, 1995; Burnett, 2004). Estes modelos não contemplam as necessidades nem a procura dos recursos humanos, apenas projecta o *status quo*. É o modelo mais utilizado, no entanto tem limitações. Algumas destas limitações podem ser ultrapassadas através da ponderação de ritmos de substituição do campo de intervenção profissional,⁸¹ padrões de mobilidade, organização da prática profissional, estilos de prática profissional e meios de pagamento dos serviços de saúde (O’Brien-Pallas *et al.*, 2001a). Outra forma de ultrapassar problemas associados ao modelo é através do estabelecimento de diferentes cenários do futuro de forma a aproximar as estimativas da realidade (Lomas *et al.*, 1985, *cit in* O’Brien-Pallas *et al.*, 2001a).

O segundo modelo conceptual, “baseado nas necessidades”, pretende satisfazer as necessidades da população, sendo o rácio insuficiente quando se verificam carências a qualquer nível de prestação dos serviços (Birch *et al.*, 1994, Jacoby, 1995; Hack e Konrad, 1995, Burnett, 2004). Este modelo exige dados em maior detalhe, de maior complexidade, o que pode ser difícil de adquirir na globalidade do sistema de saúde. A complexidade dos dados, também pode aumentar o risco de erro. Entre os principais problemas de estudos que contemplaram este modelo estão a incapacidade de atender os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde e a não ponderação dos efeitos de partilha de competências entre profissões de saúde (O’Brien-Pallas *et al.*, 2001a).

81 Referente a mudanças de competências técnicas destes profissionais que poderá implicar a entrada em novos campos de intervenção, abrindo novas perspectivas de emprego, ou o contrário, a entrada de outros profissionais no campo de intervenção dos fisioterapeutas o que diminuirá as oportunidades de emprego dos fisioterapeutas.

O terceiro “baseado na procura efectiva”, estabelece a distribuição dos recursos disponíveis seguindo critérios de acesso/necessidades sociais prioritárias com fundos económicos limitados. É sensível aos recursos que o governo pretende atribuir. Assim, os investigadores tendem a atribuir um custo à utilização ou às necessidades que se pretendem satisfazer, tentando atingir um equilíbrio. Então, o modelo a utilizar vai também depender do tipo de exercício que se pretende efectuar determinado pelos dados disponíveis (O’Brien-Pallas *et al.*, 2001b). Segundo O’Brien-Pallas *et al.*, (2001b) *cit in* Burnett, (2004), o desenvolvimento dos métodos disponíveis tem-se verificado com o aumento da fiabilidade dos dados disponíveis. Apesar do seu desenvolvimento, existe a necessidade de adoptar mais que um método de forma a melhorar a produção de resultados.

Segundo Hall, (1998) *cit in* O’Brien-Pallas *et al.*, (2001a), dado que a previsão a longo prazo produz resultados menos fiáveis, a metodologia de previsão necessita de ser dinâmica, havendo necessidade de actualizar os dados de forma a produzir resultados com maior fiabilidade (O’Brien-Pallas *et al.*, 2001a; O’Brien-Pallas *et al.*, 2001b). Segundo Aiken & Salmon 1994, Schroeder 1994, Sullivan *et al.*, 1996, Pong 1997 *cit in* O’Brien-Pallas *et al.*, (2001a), os desequilíbrios cíclicos entre a oferta e procura de recursos humanos nos EUA reflectem metodologias desadequadas de previsão de recursos humanos.

Ryten (1997, *cit in* O’Brien-Pallas *et al.*, 2001a) efectuou um estudo de previsão de recursos humanos de enfermagem para o Canadá, baseado no modelo dos rácios da população. Para chegar aos números de recursos humanos necessários em diferentes cenários, o autor manteve estáveis as modalidades de tratamento existentes e os padrões de uso do sistema de saúde, fazendo variar os dados com as alterações demográficas previstas. Apesar de não contemplar os efeitos de substituição⁸² e partilha de competências entre grupos profissionais, o próprio refere que a longo prazo não é seguro dizer que os comportamentos e os níveis de consumo dos diferentes grupos etários se possam manter estáveis. Evans (1985 *cit in* Birch *et al.*, 1994) refere que os custos com os serviços de saúde no Canadá não se devem exclusivamente ao aumento da população envelhecida mas também às mudanças das necessidades de serviços de saúde por parte de outros grupos etários. Este autor refere que este aumento de necessidade de serviços de saúde não são motivados pelo aumento da procura mas pelo aumento da oferta. Apesar do método em causa

82 Quando uma classe profissional adquire o direito de exercer funções exclusivas de outra classe.

possuir bastantes limitações, continua a ser usado há 30 anos. Sendo o método mais simples, pode-se recorrer a outras variáveis que o tornam mais preciso.

De forma a se poder recorrer a este tipo de método de previsão é essencial o recurso a rácios ideias de prestadores/habitante. Na pesquisa nacional e internacional efectuada, não foi possível encontrar uma proposta de rácio ideal de fisioterapeutas por habitante. Mesmo nas profissões com maior expressão nos estudos de planificação de recursos humanos na saúde, como por exemplo os médicos e enfermeiros, as sugestões também não abundam. A razão pode residir no facto de os rácios ideais poderem ser bastante diferentes quando comparados com países com culturas distintas. Segundo Aiken *et al.* (2004), para os EUA, refere um actual rácio de 10 enfermeiros para cada 10 000 habitantes, o que entende ser insuficiente dado a maior procura em relação à oferta destes serviços. Por outro lado, a Ásia apresenta também um desequilíbrio entre a oferta e procura com uma incapacidade de satisfação da procura deste serviço. O seu rácio é de 0,5 enfermeiros para cada 10 000 habitantes. Claramente, a definição de falta de recursos humanos tem que ser adaptada à existência dos recursos humanos daquele país. Independentemente das diferenças, os responsáveis pelas políticas de recursos humanos devem extrair o máximo de resultados das políticas implementadas. No entanto, reconhece-se que não existem soluções milagrosas que resolvam todos os problemas associados à falta de oferta de recursos humanos. Devem-se considerar dois aspectos importantes: as contingências em que as políticas são aplicadas, ou seja, o contexto actual, as prioridades visadas do sistema ou das instituições; e a organização das políticas como um todo para que harmoniosamente as políticas consigam alcançar resultados sustentáveis numa perspectiva global, de forma a tentar atingir a estabilidade do sistema de saúde, e não resultados pontuais descoordenados (O'Brien-Pallas *et al.*, 2001b; Aiken *et al.*, 2008). Para Birch *et al.*, (1994), os modelos de previsão devem ser vistos como processos de melhoria contínua da qualidade onde os recursos são sujeitos a actualizações regulares, incluindo os desenvolvimentos que surjam tanto do lado da oferta como da procura.

3. Caracterização dos países integrados no estudo

3.1. Caracterização de Portugal

Em 2007, a população em Portugal foi estimada em 10 617 575 habitantes. Segundo o Instituto Nacional de Estatística - INE (2008b), o saldo natural da população portuguesa foi negativo pela primeira vez desde 1918, ou seja, o número de óbitos excedeu o número de nados-vivos. Da população geral, 17,38% tem mais de 65 anos de idade. Está previsto que esta proporção irá aumentar para 23,93% em 2030, colocando Portugal no 2º país mais envelhecido dos países que integram o estudo.

Quanto à esperança de vida, Portugal encontra-se próximo da cauda do ranking dado possuir a mais baixa esperança de vida juntamente com os EUA e África do Sul⁸³. Deste modo, a população geral possui uma esperança média de vida de 79 anos de idade, a masculina encontrava-se nos 76 anos de idade enquanto que para as mulheres colocava-se nos 82 anos de idade (OECD⁸⁴, 2009). A esperança de vida saudável é um indicador bastante interessante que nos pode indicar de uma forma directa o estado de saúde da população de cada nação. Em Portugal, a esperança de vida saudável para ambos os sexos situa-se nos 71 anos. Estes valores têm evoluído significativamente, devendo-se à melhoria do estado de saúde português. Associado a esta evolução podem estar, o acréscimo dos recursos financeiros, materiais e humanos nos cuidados de saúde tal como a melhoria geral das condições económicas e sociais, tais como educação, habitação, condições sanitárias, entre outros (OPSS, 2006).

A despesa com a saúde em Portugal atingiu, em 2007, 10,2% do produto interno bruto (PIB). Como despesa total do estado, a saúde representou 15,5% do orçamento geral. Este valor pagou 70,5% de todos cuidados prestados a população portuguesa, o que representa a despesa pública em saúde (OECD, 2009). Assim, as despesas com a saúde no sector privado representaram em 2007, 29,5% das despesas totais com a saúde. Esta proporção é representativa da quantidade de subscrições de planos de saúde pré-pagos, que cobrem 30% da população, como refere a OPSS (2008). Em 2002, a adesão a planos de saúde privados de saúde cobria apenas 4,3% da população nacional. Pela soma do capital privado e público gasto, dividindo-o pela população total, chegamos a um valor gasto *per capita*, que

83 Note-se que a esperança de vida na África do Sul é de 54 anos (OECD, 2009).

84 Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)

atingiu 1864 (\$US) dólares americanos em 2007. Este valor está francamente abaixo do de qualquer outro país em análise neste trabalho, com a excepção de África do Sul.

3.1.1. O Sistema de Saúde Português

Segundo a DGS (2004), a primeira vez em que a OMS publicou o relatório sobre a Saúde Mundial em 2000, cujo objectivo era comparar os sistemas de saúde dos 191 países membros da organização, Portugal ficou colocado no 10º lugar do *ranking* global do desempenho dos sistemas de saúde⁸⁵, à frente de países como os Estados Unidos da América, Canadá, Alemanha e Grã-Bretanha.

O actual sistema de saúde português com denominação “Serviço Nacional de Saúde” (SNS), apesar de ter sido criado em 1979 é resultado de um transformações recentes (Biscaia, 2003; Portal da Saúde, 2008b; Barros, 2009). Segundo o Artigo 1º do Anexo do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º11/93, de 15 de Junho, o SNS “(...) é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministério da Saúde.” (Portal da Saúde, 2008b). Foi durante os últimos vinte e cinco anos que se desenvolveu o SNS de hoje, após a democratização e descolonização em 1974, a entrada na CEE em 1985, e a integração na União Monetária Europeia em 2000 (OPSS, 2006; Portal da Saúde, 2008a). Assim, a organização dos serviços de saúde é influenciada por conceitos religiosos, políticos e sociais, sendo adaptado para responder ao aparecimento de doenças (Portal da Saúde, 2008c).

No entanto, o início do sistema de saúde data de 1899, em que o Dr. Ricardo Jorge organiza os “Serviços de Saúde e Beneficência Pública”, que foram regulamentadas em 1901, tendo entrado em vigor após dois anos. A assistência do Estado na saúde era dirigida aos pobres, mas, os cuidados de saúde eram prestados pelo sector privado. É em 1946, que surge a Lei n.º2011, de 2 de Abril que organiza os diversos serviços de saúde existentes:

- Hospitais das Misericórdias;
- Hospitais estatais;
- Serviços Médico Sociais de Saúde Pública e Privados (Portal da Saúde, 2008c).

85 O estudo não engloba todas as funções do sistema de saúde (DGS, 2004a).

O sistema de saúde encontrava-se muito fragmentado antes dos anos 70, existindo alguns grandes hospitais estatais, uma vasta rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico Sociais da Previdência; Serviços de Saúde Pública⁸⁶; médicos municipais; serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e doenças psiquiátricas; e um sector privado amplamente desenvolvido na área do ambulatório. A despesa com a saúde representava 2,8% do PIB, aproximadamente três vezes inferior à despesa actual com a saúde, demonstrando uma limitada capacidade de financiamento dos serviços públicos de saúde. Também os profissionais de saúde se adaptavam às limitações económicas do sector, acumulando diferentes ocupações de forma a reunir um nível de remuneração e de satisfação profissional aceitável (OPSS, 2006).

O primeiro passo na criação de um Sistema Nacional de Saúde surge em 1971, com a reforma do sistema de saúde e assistência, conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”. O Estado salvaguarda o Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, reconhecendo assim o direito à saúde de todos os portugueses sendo da sua responsabilidade assegurar esse direito. Após cinco anos de mudanças políticas e sociais profundas, é criado em 1979 o SNS. O Estado assume assim, o direito à saúde de todos cidadãos portugueses, no plano da promoção e vigilância da saúde, na prevenção da doença, no diagnóstico e tratamento dos doentes e na reabilitação médica e social (Portal da Saúde, 2008c; Lei Constitucional n.º1/2005).

Para o OPSS (2006), são distinguidos quatro períodos de mudança do sistema de saúde que correspondem, de uma forma genérica a cinco agendas políticas:

1. Antes dos anos 70;
2. Do início da década de 70 a 1985 – estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
3. De 85 a 95 – regionalização do SNS e novo papel para o sector privado;
4. De 95 a 2002 – uma “nova gestão pública – *new public management*” para o SNS.

Nas últimas três décadas tem-se verificado um claro esforço sustentado para melhorar a saúde e os respectivos serviços. Estes esforços traduziram-se no aumento do financiamento da saúde, no alargamento dos serviços de saúde, quer em infra-estruturas quer no investimento em novas tecnologias e na melhoria no acesso a medicamentos. Porém, as reformas de saúde não foram implementadas na sua totalidade por diversos motivos, por limitações de gestão, resistência à mudança ou

⁸⁶ Os centros de saúde surgem a partir de 1971.

descontinuidade política. Na verdade, tem-se verificado alterações substanciais nas agendas políticas, num ciclo político, com a manutenção do mesmo primeiro ministro, com mudanças de equipas ministeriais (OPSS, 2006).

Assim, actualmente, o SNS é composto por todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde definidos na Lei Orgânica do Ministério da Saúde aprovada pelo Decreto-Lei n.º212/2006 de 27 de Outubro. São estes:

- Estabelecimentos hospitalares com diversas designações (Sociedade Anónima - S.A.; Entidade Pública Empresarial - E.P.E.; Sector Público Administrativo - S.P.A.); e
- Unidades locais de saúde, constituídas por:
 - Centros de saúde;
 - Agrupamento de centros de saúde.

Estas instituições encontram-se distribuídas pelas distintas “Administrações Regionais de Saúde, IP” que tem como missão “(...) *garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção, o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir o plano nacional de Saúde na sua área de intervenção*” (Portal da Saúde, 2008b:p.9).

As Administrações Regionais de Saúde (ARS) são:

- Administração Regional de Saúde do Norte;
- Administração Regional de Saúde do Centro;
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;
- Administração Regional de Saúde do Alentejo;
- Administração Regional de Saúde do Algarve.

Em cada ARS existem diversas unidades prestadoras de Medicina Física e Reabilitação. Estas unidades encontram-se descritas no documento da Direcção Geral da Saúde do Ministério da Saúde “Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação” (DGS, 2003). Porém, este documento é reservado a instituições integradas no SNS. Devido à desproporção entre as necessidades crescentes na área da saúde e as limitações da prestação do sector público, o SNS pode recorrer à capacidade reprodutiva do sector privado permitindo a aproximação dos serviços de saúde à população. Estas instituições existentes que prestam serviços de fisioterapia, mais conhecidos em documentos legais como Medicina Física e Reabilitação⁸⁷ (MFR), não se integram nas entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde definidos na Lei Orgânica do Ministério da Saúde. São integradas ao abrigo do Artigo 35º -

87 A Fisioterapia está integrada na MFR mas não a esgota.

“Cooperação entre o SNS e instituições ou serviços de segurança social” do Capítulo VI – “Articulação do SNS com actividades particulares” do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º11/93, de 15 de Janeiro, portanto são instituições privadas convencionadas com o SNS (ERS, 2006). Estas instituições privadas estabelecem convenções ao abrigo do Decreto-Lei 97/98 de 18 de Abril que regulamenta o regime de celebração de convenções previsto na Lei de Bases da Saúde. Ainda à parte das instituições supra-citadas, existem as instituições de cariz privado que não possuem convenções com o SNS mas podem no entanto estabelecer acordos com os outros sub-sistemas existentes, nomeadamente os privados. Parte indefinida de todas as instituições que prestam cuidados de saúde encontram-se registadas na ERS. Como já foi referido, a ERS é definida como “(...) *uma entidade reguladora, com natureza de autoridade administrativa independente, que tem por objecto a regulação, a supervisão e o acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, nos termos do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.*” (D.L.n.º212/2006). A ERS possui como alguns atributos “(...) *regulação e a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos (...)*”, “(...) *defender os direitos e interesses legítimos dos utentes (...)*”, “(...) *avaliação dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde prestados (...)*”.

Não existindo documentos publicados com informação das instituições registadas na ERS restou fazer a pesquisa no site www2.ers.pt. Na página da ERS no campo de pesquisa “*Pesquisa de prestadores*”⁸⁸, pesquisaram-se as entidades prestadoras de “*medicina física e reabilitação*” em “*Especialidades/Valências*”. Não se encontra neste menu a fisioterapia. Sabe-se que algumas unidades prestadoras de fisioterapia, nomeadamente gabinetes, não se enquadram em “*medicina física e reabilitação*”. Segundo o Portal da Saúde, (2008b:p.2), a definição que existe surge como “(...) *uma área de especialização médica, para responder à necessidade de apoiar as várias especialidades de forma global ou diferenciada. Procura contribuir, de modo científico, para a reabilitação/recuperação do indivíduo afectado funcionalmente por uma doença ou traumatismo.*”⁸⁹ No entanto, refere também que a reabilitação para ser bem sucedida deve ser prestada por uma equipa multidisciplinar incluindo pela seguinte ordem: fisiatras, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais,

88 <http://www2.ers.pt/ERS/DMZ/Pesquisa/Pesquisa.aspx>

89 Segundo a OMS (1981:9), “a reabilitação utiliza todos os meios necessários com o objectivo de reduzir o impacto das deficiências e incapacidades de forma a permitir que o indivíduo com incapacidade e deficiência consiga a integração social.”

terapeutas da fala, secretárias clínicas, auxiliares de acção médica, assistentes sociais e psicólogos. Porém, existe uma opção denominada “*Não aplicável*” onde estas unidades se poderiam enquadrar. Quando foi efectuada a pesquisa não se encontrou nenhum registo a nível nacional. A 12 de Fevereiro de 2008 foram encontradas 617 entidades prestadoras de medicina física e reabilitação registadas na ERS. Note-se que dentro destas 617 pode existir mais de um pólo de prestação de serviços, desconhecendo o número exacto de locais de prestação que se encontravam registados. É de salientar também que dentro deste número de instituições registadas, não existe a garantia de existir equipas completas de medicina física e reabilitação, nem a garantia de existirem pelo menos um fisioterapeuta em exercício em todas as instituições registadas.

3.2. Caracterização da Nova Zelândia

A Nova Zelândia é o país mais pequeno incluído no estudo, e também, o único representante do continente da Oceânia. Em 2007 possuía uma população estimada de 4 179 000 de habitantes. Destes 4 milhões, 12,46% tinham idades superiores a 65 anos, o que faz da Nova Zelândia o segundo país com população menos idosa, a seguir à África do Sul⁹⁰. Por outro lado, a Nova Zelândia é o país com o segundo maior ritmo de envelhecimento, estimando-se que em 2030, a taxa de população acima dos 65 anos de idade seja de 21,1%. A esperança de vida média de 81 anos para ambos os sexos, está entre as mais altas do estudo. Para o sexo masculino é de 78 anos e para o sexo feminino de 83 anos. A esperança de vida saudável é igualmente considerável, sendo de 73 anos para ambos os sexos. Os serviços de saúde são essencialmente prestados pelo Estado, sendo responsável por 77,8% da despesa total em saúde. Este montante representou 9,3% do PIB em 2006. Como despesa geral do governo neozelandês, a saúde repartiu 18,4% da despesa pública. Em soma, os gastos com fundos privados e públicos são traduzidos por um custo de 2421 (\$US) dólares americanos *per capita*. Este valor está entre os mais baixos, sendo suplantado apenas por África do Sul e Portugal⁹¹ (OECD 2009; WHO, 2009).

90 Note-se que a esperança de vida média na África do Sul é de 54 anos.

91 África do sul despende 425 (\$US) e Portugal 1864 (\$US) *per capita*.

Os rácios dos prestadores de saúde são ligeiramente diferentes para os médicos e enfermeiros. Existiam em 2007, 21 médicos para cada 10 000 habitantes, o que representa dos rácios mais baixos entre os países seleccionados para integrar este estudo. Já quanto aos enfermeiros encontram-se sensivelmente ao meio da tabela, contando com 89 enfermeiros para cada 10 000 habitantes da Nova Zelândia.

3.2.1. A Fisioterapia na Nova Zelândia

O ensino da fisioterapia teve o seu início em 1913 na Nova Zelândia. O primeiro curso foi ministrado na *Dunedin School of Massage*, pertencente à *University of Otago* (actualmente conhecida apenas pelo nome da universidade). O segundo curso apenas surgiu em 1973 pela *Auckland Technology Institute*, agora conhecida por *Auckland University of Technology*. As duas escolas oferecem todos níveis de ensino superior. No entanto a primeira, a *University of Otago*, oferece um bacharelato em fisioterapia enquanto que a segunda, a *Auckland University of Technology* oferece um bacharelato de ciências da saúde em fisioterapia. Os critérios de selecção dos alunos não são estabelecidos pelo governo. Cada universidade estabelece os seus critérios, aceitando aproximadamente 120 alunos por ano. A *School of Physiotherapy* (escola de fisioterapia), da *University of Otago*, encontra-se no departamento de ciências de saúde, juntamente com a faculdade de medicina, a faculdade de medicina dentária, a faculdade de farmácia e a faculdade de ciências médicas. Na *Auckland University of Technology*, a escola de fisioterapia faz parte do *Division of de Rehabilitation and Occupational Health Studies* (departamento de estudos de saúde ocupacional e reabilitação), onde também se encontra a escola de podologia e de terapia ocupacional (Skinner, 2007).

Apesar da autonomia concedida às universidades, estas devem garantir que o modelo académico de ensino reúna as condições estabelecidas pelo ministério da educação. Para assegurar a qualidade do ensino ambas as escolas participam em programas de avaliação interna ciclicamente cada 5 anos e avaliação externa (Skinner, 2007).

Após conclusão do curso, os graduados devem registar-se no *Physiotherapy Board of New Zealand*⁹² (PBNZ), de forma a garantirem o seu título profissional e

92 http://www.physioboard.org.nz/registration_nz.asp

assim, poderem exercer. Este organismo tem o poder de creditar a formação dada pelas universidades. Devido à discrepância entre os currículos de fisioterapia oferecidos na década de 80, este organismo desenvolveu o seu primeiro documento de competências exigidas aos recém-graduados de modo a permitir o seu registo e exercício profissional em território nacional. A segunda edição do documento, datada de 1999, estabelece uma lista de competências exigidas a quem se queira registar e exercer em território nacional, mas também serve de base para delinear os objectivos de aprendizagem e as competências exigidas aos alunos nos programas oferecido pelas duas universidades. O PBNZ faz numa base anual, auditorias a cada ano de cada curso, para garantir que se atinjam os objectivos de aprendizagem estabelecidos e que os alunos adquiram as competências exigidas em cada ano de formação. Apesar do documento datar de 2003, o PBNZ trabalha conjuntamente com *The New Zealand Society of Physiotherapists* e com o *New Zealand College of Physiotherapy Inc.* de forma a acompanhar o desenvolvimento da profissão, e assim garantir que os requisitos do registo se adequam à prática actual da fisioterapia. O PBNZ também é responsável pela autorização do exercício profissional a fisioterapeutas que fizeram a sua formação fora do país (Skinner, 2007; PBNZ, 2003).

O acesso aos cursos também é determinado pelas universidades. A demografia estudantil tem-se mantido estável nos últimos anos. No ano 2005/06 os alunos dos distintos anos do curso de fisioterapia das duas universidades eram maioritariamente do sexo feminino. Para demonstrar a variedade étnica deste país, os alunos inscritos na *Auckland University of Technology* são compostos por 65% europeus, 12% asiáticos, 12% maori (nativos), 8% das ilhas do pacífico, 3% de outras etnias. A *University of Otago* é composta por 76% europeus, 17% asiáticos, 6% maori (nativos), 2% das ilhas do pacífico e 8% de outras etnias.

A componente da prática clínica supervisionada ou estágio clínico curricular é altamente valorizada no currículo neozelandês. Os supervisores e educadores clínicos trabalham em conjunto, de forma a garantir a aquisição de competências exigidas para o registo como profissionais. Os alunos são integrados em diferentes locais com prestação de cuidados de saúde diversificados. No entanto, cada instituição possui a sua clínica de serviços ambulatoriais que oferece diversas vantagens. Para além de ser uma fonte de financiamento para as instituições, é enriquecedor para os alunos, pois são integrados num serviço que exerce a sua actividade em padrões de prática elevados. Também facilita o acesso a equipamentos utilizados em investigação que são por sua vez utilizados em benefício dos próprios utentes. No total os alunos cumprem acima de 1000 horas de prática clínica supervisionada em cada uma das instituições, conforme o exigido pelo PBNZ. No fim deste estágio, os alunos são

submetidos a um exame de avaliação final (*Clinical Practical Examination*) para validar a aquisição das competências exigidas. Em suma, a experiência clínica tem que considerar a existência de um sistema de saúde único que mistura a população dos meios rurais com os urbanos; o facto de metade dos fisioterapeutas trabalharem na prática privada, e finalmente a necessidade de o fisioterapeuta ser autónomo para aceder ao exercício profissional (Skinner, 2007).

As exigências neozelandesas não esgota no ensino. Existe um processo de recertificação regular dos fisioterapeutas obrigatório pelo PBNZ. Este organismo recruta um grupo de fisioterapeutas experientes que faz auditoria a 5% dos profissionais activos por ano. A listagem de requisitos descrita no site⁹³, apresenta um elevado grau de rigor. Caso os profissionais não atinjam os requisitos mínimos, estes são submetidos a um *Competence Programme*⁹⁴ (PBNZ, 2008). A aprendizagem ao longo da vida era apenas uma obrigação ética, neste momento existe obrigatoriedade em demonstrá-la. Foi um dos principais feitos do *Health Practitioners' Competence Assurance Act 2003*⁹⁵ (Ministry of Health, 2003).

Quanto à autonomia profissional na nova Zelândia, os fisioterapeutas podem estabelecer acordos para prestação de serviços, no entanto, estão obrigados a seguir as *guidelines* reconhecidas na abordagem ao tratamento de condições específicas. Tem autorização para pedir radiografias porém não podem prescrever medicamentos. A nível hospitalar o fisioterapeuta é integrado numa equipa multidisciplinar. Em alguns serviços ambulatoriais o serviço de fisioterapia trabalha com indicação médica porém, os fisioterapeutas mantêm a autonomia na avaliação e gestão de todos os cuidados prestados. Até ao momento não existe especialização na área da fisioterapia, havendo apenas lugar a registo de prática generalista (Skinner, 2007).

Um dos principais desafios das escolas de fisioterapia é o financiamento. Comparativamente com cursos como osteopatia, podologia e educação física, o curso de fisioterapia recebe 20% menos. Apesar do custo destes cursos ser semelhante, não existe perspectiva de aumento, limitando a possibilidade de garantia de qualidade dos cursos de fisioterapia. Outro desafio associado à perda de capacidade financeira é a de garantir qualidade na prática clínica supervisionada. O modelo de 2:1 de estágio (2 alunos para 1 supervisor), tende a ser difícil de suportar pois existe lugar a remuneração dos supervisores. Um dos principais objectivos do ensino na Nova Zelândia é o de aumentar o financiamento dos seus cursos apostando também no

93 <http://www.physioboard.org.nz/recertification.asp>

94 Programa de competências.

95 <http://gpacts.knowledge-basket.co.nz/gpacts/public/text/2003/an/048.html>

financiamento até ao doutoramento. Isto permitirá que a população beneficie de serviços prestados com os mais altos standards, tal como promove o crescimento da profissão. Esta aspiração já é uma realidade nos Estados Unidos da América, tal como em algumas universidades na vizinha Austrália. Na base do seu fundamento estão individualidades de reconhecimento internacional que dão visibilidade ao país, e que contribuem para a profissão a nível internacional, são exemplos, Prof. Joan Walker, Dr. Stanley Paris, Robin McKensie e Brian Mulligan.

Não existem políticas de imigração rígidas para trabalhar na Nova Zelândia. Após o reconhecimento da qualificação do profissional de saúde, é fácil trabalhar no país. Devido à acessibilidade, os recursos humanos têm uma representatividade de trabalhadores estrangeiros substancial. A Nova Zelândia é o país da OCDE com maior taxa de emigrantes entre os médicos, e está entre os que tem maior taxa de emigrantes entre os enfermeiros (Zurn e Dumont, 2008)

3.3. Caracterização do Reino Unido

Segundo a OECD (2009), a população total em 2007 era de 60 769 000 habitantes. A percentagem da população com mais de 65 anos de idade era de 16,04%, e estima-se que em 2030, a população idosa atinja 21,87%. A esperança de vida da população inglesa colocava-se nos 80 anos para ambos os sexos, enquanto que independentemente dos sexos, a masculina se encontrava nos 77 anos de idade enquanto que para as mulheres nos 82 anos de idade. A esperança de vida saudável para ambos sexos era de 72 anos. No Reino Unido, a despesa com a saúde é elevada. Em 2007, o sistema nacional de saúde foi responsável por 87,3% da despesa total em saúde. Relativamente ao PIB de 2006, os ingleses são dos que despendem menos, tendo sido para o Reino Unido apenas 8,2%. Por outro lado, a despesa com a saúde representa 16,3% da despesa total do governo. Assim, tendo em conta as despesas de saúde públicas e privadas, cada cidadão do Reino Unido custa em cuidados de saúde 3332 (\$US) dólares americanos. Para garantir os cuidados de saúde, o Reino Unido conta com um modesto rácio de 23 médicos para 10 000 habitantes. Em contrapartida, o rácio de 128 enfermeiros para 10 000 habitantes está entre os mais elevados dos países que integram este estudo.

Os números dos restantes profissionais de saúde, podem ser consultados no site *“Prospects -The UK’s official graduate careers website”*. Este site é organizado para dar apoio aos graduados do ensino superior e outros diplomados. Permite o acesso a

uma panóplia de informação vastíssima, sobre profissões e suas perspectivas, porém parece não existir rácios calculados destes profissionais com a população. A “*Graduate Prospects*” já existe há trinta anos e conta com a colaboração das distintas organizações do Ensino Superior no Reino Unido tais como (*Higher Education Careers Services Unit- HECSU*), (*Association of Graduate Careers Advisory Services- AGCAS*), *Guild HE* and *Universities UK*. A fisioterapia encontra-se enquadrada dentro de “*Medical Support Specialisms*”. Dentro deste sub-grupo encontram-se a maioria das profissões das tecnologias da saúde. Ao todo são 22 profissões. De destacar no Quadro 32 os auxiliares “*assistant*” de fisioterapia, terapia da fala e de terapia ocupacional.

Quadro 32 - Profissões das tecnologias da saúde no Reino Unido “*Medical Support Specialisms*”.

Medical Support Specialisms
Clinical psychologist
Clinical psychologist, assistant
Community/retail pharmacist
Dietetic assistant
Dietitian
Forensic psychologist (prison and probation services)
Health psychologist
Mental health worker
Nutritionist
Occupational therapist
Occupational therapy assistant
Optometrist
Orthoptist
Perfusionist
Physiotherapist
Physiotherapy assistant
Podiatrist/chiropract
Radiographer, diagnostic
Radiographer, therapeutic
Research psychologist
Speech and language therapist
Speech and language therapy assistant

Fonte: Graduate Prospects Ltd⁹⁶ (17.02.2008)

O exercício profissional no Reino Unido obriga ao registo na “*Health Professions Council - HPC*”⁹⁷. Este organismo regula 13 profissões, protegendo os

⁹⁶<http://www.prospects.ac.uk/>

⁹⁷ www.hpc-uk.org

respectivos títulos profissionais. Protege dois títulos profissionais (*physiotherapist* e *physical therapist*). Quanto à fisioterapia, existem 43 017 registos⁹⁸ Este organismo não regula a classe dos auxiliares. As profissões reguladas pelo “HPC” encontram-se no Quadro 33. Entre as profissões que se comparam com os técnicos de diagnóstico e terapêutica em Portugal, destacam-se os podologistas, dietistas, técnicos de ortóptica, fisioterapeutas, ortoprotésicos, técnicos de radiologia e os terapeutas da fala.

Quadro 33 - Profissões reguladas pelo “Health Professions Council”.

Professions regulated by the Health Professions Council
Arts therapists
Biomedical scientists
Chiropodists / Podiatrists
Clinical Scientists
Dietitians
Occupational therapists
Operating Department practitioners
Orthoptists
Paramedics
Physiotherapists
Prosthetists & Orthotists
Radiographers
Speech & Language therapists

Fonte: Health Professions Council, (2008). (<http://www.hpc-uk.org/aboutregistration/professions/>)

3.3.1. A fisioterapia no Reino Unido

A fisioterapia no Reino Unido tem sofrido grandes alterações a vários níveis desde 2007. O organismo que regula a profissão, o HPC, está agora mais forte. O *National Health System (NHS)*, o sistema nacional de saúde inglês, está a sofrer mudanças radicais baseadas em mudanças sociais e de aumento de rigor financeiro. Continua a ser o maior responsável pelo emprego dos fisioterapeutas, e é também financiador dos cursos de fisioterapia (Bithell, 2007; Boyle, 2008).

Os cursos existentes no Reino Unido conferem grau bacharel honorário (*Bachelor of Science with Honours- BSc Hons*) validado por uma universidade desde 1992. Em todos os países do Reino Unido existem 37 universidades e colégios que

98 <http://www.hpc-uk.org/aboutregistration/professions/index.asp?id=11#profDetails> (17.02.2008).

oferecem 67 cursos e pós-graduações em fisioterapia. Na Inglaterra e no país de Gales o curso tem duração de 3 anos, enquanto que na Escócia e Irlanda do Norte, o curso tem duração de 4 anos. A relação entre o sistema nacional de saúde inglês, financiador, e as universidades era estabelecida através das autoridades de saúde regionais (*Regional Health Authorities- RHA*). As necessidades de recursos humanos nas profissões relacionadas com a saúde, eram calculadas para cada região. O *RHA* contratualizava assim numa base anual com as universidades, o número de alunos que pretendia garantir para satisfazer as necessidades de recursos humanos na saúde. Neste momento a contratualização é feita a nível nacional havendo lugar à standardização do preço pago às universidades, por cada profissional de saúde. Existem 14 instituições que oferecem programas de mestrados, a graduados e outras áreas, que conferem a licença para a prática na fisioterapia. De momento não existem doutoramentos na área da fisioterapia no Reino Unido (Bithell, 2007).

Os cursos devem estar de acordo com os requisitos e os padrões estabelecidos pelos quatro organismos existentes, que fazem avaliação externa às instituições de ensino:

- *Health Profession's Council – Standards of education and training*⁹⁹
- *Chartered Society of Physiotherapy (CSP) – Curriculum Framework for Qualifying Programmes*¹⁰⁰
- *Chartered Society for Physiotherapy - Standards for Clinical Placements*¹⁰¹
- *Chartered Society for Physiotherapy – Guidance on Quality Assurance Processes for Qualifying Programmes containing specific requirements for approval*
- *Quality Assurance Agency for Higher Education – Benchmark Statement*¹⁰² and *Codes of Practice*¹⁰³
- *National Health System - Skills for health: Interim standards for quality assuring healthcare education*¹⁰⁴.

99 http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10000BCF46345Educ-Train-SOPA5_v2.pdf

100 <http://www.csp.org.uk/uploads/documents/CFforQPP.pdf>

101 http://www.csp.org.uk/uploads/documents/csp_clinical_ed_ce021.htm

102 <http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/health/physio.pdf>

103 <http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/codeOfPractice/section7/programmedesign.pdf>

104 <http://www.skillsforhealth.org.uk/js/uploaded/Quality%20Assurance/SfH%20Interim%20Standards%20and%20Guidance%20January%202007.pdf>

Para que as universidades assegurem os standards e descritores de qualidade exigidos no documento da *Quality Assurance Agency for Higher Education* (2008), estas instituições são munidas de processos de avaliação interna de forma a garantir e melhorar os *standards* académicos. Os graduados do curso de fisioterapia devem possuir o mesmo nível de literacia, numeracia, de tecnologias de informação, competências de comunicação e de apresentação que os graduados de cursos de outras áreas (Bithell, 2007).

Como já foi referido, o HPC é o organismo que regula o exercício profissional das 13 profissões existentes relacionadas com a saúde. Todos os fisioterapeutas devem-se registar neste organismo, que reconhece a formação obtida pelo profissional, de forma a poderem exercer nos países do Reino Unido. Como não poderia deixar de ser, todos objectivos, e as garantias de boas práticas destes profissionais encontra-se no documento do HPC "*Standards of Proficiency*"¹⁰⁵. Associado ao documento comprovativo que respeita os *standards* do documento acima citado, (basta concluir o curso para atingir estes requisitos), deve fazer-se acompanhar também por outro que declare que o requerente pretende reger-se pelas regras de conduta e ética profissional, citadas no documento "*HPC Standards of conduct, performance and ethics*"¹⁰⁶. Esse documento regista a garantia de que o seu portador, tem intenção de fazer aprendizagem ao longo da vida. *Tratam-se de standards* mínimos para o exercício, que de forma alguma podem deixar de ser cumpridos. Os recém-formados podem também registar-se na sua associação profissional, a *Chartered Society for Physiotherapy - CSP*. A inscrição na associação, permite acesso às actividades desenvolvidas pela associação tal como o seguro de responsabilidade civil. Uma vez registado, não existem mecanismos obrigatórios para renovar anualmente o seu registo na CSP. O HPC por sua vez, exige uma declaração do fisioterapeuta como está a cumprir os requisitos mínimos exigidos pelo HPC (Bithell, 2007).

Ao contrário do HPC, a CSP não defende que os fisioterapeutas devem atingir os mínimos necessários. Este organismo tem um objectivo incessante de procurar a melhoria da prática constante. Como indicado acima, a CSP possui 3 documentos desenvolvidos de directrizes para o desenvolvimento curricular possuindo o poder de reconhecimento e de acreditação de cursos (Bithell, 2007).

A *Quality Assurance Agency* é fundada pelas universidades e colégios e tem como objectivo a melhoria dos níveis de confiança na gestão dos *standards* exigidos

105 http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10000DBCStandards_of_Proficiency_Physiotherapists.pdf

106 <http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10002367FINALcopyofSCPEJuly2008.pdf>

tal como da qualidade da formação, para benefício dos alunos e da população em geral. Desenvolve para o efeito os *Codes of Practice* e *Benchmark Statements* para assegurar os *standards* académicos de qualidade. Apesar de não ser obrigatório seguir estes dois documentos, estes são no entanto, guias para o desenvolvimento futuro curricular e da profissão. A *Quality Assurance Agency* tem actuado como agente do NHS para revisão dos programas relacionados com as profissões da saúde, nomeadamente os *standards* e qualidade do ensino, da inserção profissional e da qualidade de parcerias entre os prestadores do ensino académico e do ensino clínico. O último documento emitido pelo NHS para o ensino “*Skills for health: Interim standards for quality assuring healthcare education*” data de 2006. Este documento permite a monitorização da qualidade da contratual a nível local, até que esteja concluído um sistema de monitorização permanente a nível nacional (Bithell, 2007).

O HPC e CSP reúnem num evento denominado “*Validation Event*” onde são reunidos os resultados das avaliações e discutidos em conjunto com os resultados da avaliação interna da universidade para verificação se todas os *standards* são atingidos. É depois emitido um relatório e é convocada a avaliação externa ministerial numa base anual de forma a poder comunicar que todos os *standards* são cumpridos naquela instituição. A universidade fica a constar na base de dados destes organismos como uma instituição de ensino superior que reúne todos os requisitos exigidos pelos organismos representativos da profissão o que transmite aos futuros alunos a qualidade e credibilidade da instituição (Bithell, 2007).

A CSP, actualiza cada 5 anos o “Curriculum Framework¹⁰⁷” que são as bases para a formação curricular do curso de fisioterapia com forte componente de aprendizagem teórica e prática. Neste momento, ainda não se encontra nenhuma publicação de um mais recente, pois, o actual data de 2002. No entanto, sabe-se que desde 2007, se encontra outro em desenvolvimento. Neste documento, entre outros objectivos e resultados, encontram-se os objectivos de aprendizagem, tal como as competências que cada novo formado deve possuir após finalização da formação. Este documento articula-se com os documentos existentes reguladores dos outros organismo que envolvem a fisioterapia, de forma a haver consensualidade (Bithell, 2007).

Os cursos existentes baseiam-se no modelo universitário de cada instituição. No entanto, a organização curricular soma um total de 360 créditos para a conclusão

107 http://www.display.tuc.gr/Cerps/UserFiles/File/curriculum_framework.pdf

do curso. O sistema de créditos no Reino Unido baseia-se numa escala que cada crédito equivale a 10 horas de trabalho do aluno. O Reino Unido pretende a implementação dos ECTS (*European Credit Transfer System*), pois é signatário da Declaração de Bolonha, no entanto não se encontra ainda implementado (Bithell, 2007). Quanto à componente prática, existem dois modelos cujos resultados não aparentam ser diferentes, perante as entidades empregadoras. O primeiro integra a prática clínica logo desde o primeiro ano, o que permite uma melhor integração entre a teoria e prática. O segundo, integra a prática clínica durante um ano inteiro em diferentes contextos clínicos, após 18 meses de teoria. Durante a prática clínica, é assinalado um determinado número de dias, para dar lugar à reflexão das actividades praticadas. Devido à variabilidade dos contextos clínicos e ao aparente défice de colocações em locais de prática tradicionais, o CSP desenvolveu um suplemento ao *Curriculum Framework for Qualifying Programmes* denominado *Learning in the Practice Environment in Qualifying Programmes of Physiotherapy*¹⁰⁸. Este documento fornece orientações quanto às exigências e objectivos deste organismo na prática clínica. Supõe-se 1000 horas de prática clínica curricular. Apesar da CSP ser um dos organismos mais influentes para a fisioterapia no Reino Unido, os prestadores de serviços, ou seja, as entidades empregadoras também são ouvidas, de forma a conseguir obter o máximo de informação possível, para manter o currículo o mais actual e capaz possível.

O número de alunos que acedeu aos cursos de fisioterapia de 1997 a 2005 cresceu em 72%. Isto deve-se ao planeamento efectuado pelo *NHS* cuja planificação de recursos humanos acompanhou o crescimento em necessidades de prestação de cuidados de saúde no Reino Unido. O maior crescimento deu-se após a publicação do *NHS Plan in 2000*¹⁰⁹. Este documento visava o crescimento e a modernização do sistema de saúde. No entanto, a redução do financiamento do sistema de saúde provocou o desemprego dos recém-formados. Como resposta, em média, todos os cursos a nível nacional reduziram o número de vagas em 10%. Os alunos que frequentam os cursos são na sua maioria do sexo feminino. A proporção de 1:5, de alunos do sexo masculino para o sexo feminino, tem-se mantido relativamente estável desde 1997. Em 1988, apenas 5% dos alunos eram do sexo masculino. (Gray, 1988; cit in Bithell 2007). Em comparação com os fisioterapeutas registados no CSP, apenas 17% são do sexo masculino (Bithell, 2007).

108 http://www.csp.org.uk/uploads/documents/csp_quality_qa05.pdf

109 http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_4002960

A autonomia profissional, no Reino Unido, existe desde 1977, no entanto, esta prática é mais frequente no sector privado, pois nos hospitais, os fisioterapeutas estão integrados em equipas, estando a fisioterapia normalmente sujeita a indicação médica¹¹⁰. Os fisioterapeutas que trabalham na comunidade, também trabalhar sem indicação médica, sendo autorizada a recepção de utentes encaminhados por qualquer profissional de saúde. Durante o processo de admissão, os fisioterapeutas podem recorrer aos médicos de família de forma a recolher mais informação clínica respeitante aos utentes que necessitam de fisioterapia. Portanto, mantém-se um trabalho de equipa entre classes sem hierarquização do encaminhamento dos utentes para tratamento. Os fisioterapeutas com larga experiência na prática privada podem requisitar directamente exames complementares de diagnósticos e testes laboratoriais. Estes profissionais são integrados em equipas médicas e são denominados como “*Extended scope practioners*”. Estes fisioterapeutas são submetidos a formação específica de forma a serem autorizados a prescrever estes testes, respeitando sempre as regras de conduta profissional exigidas pelos organismos reguladores da profissão.

Apesar do controlo apertado dos organismos reguladores da profissão quanto aos resultados exigidos aos recém-formados dos cursos de fisioterapia, existe flexibilidade para as universidades serem autónomas quanto à metodologia de ensino.

3.4. Caracterização da Suécia

A Suécia é um país com uma população ligeiramente inferior à de Portugal, estimando-se para 2007 uma população total de 9 119 000 habitantes. Do número total de habitantes, 17,43% encontram-se no grupo etário “mais de 65 anos”, tendo a perspectiva de aumento da população envelhecida para 22,82% em 2030. A Suécia é o país com maior esperança de vida entre os países que integram o estudo. A esperança de vida média para ambos sexos situa-se nos 81 anos, sendo especificamente de 83 anos para o sexo feminino e de 79 anos para o sexo masculino. A esperança de vida saudável de 74 anos para ambos os sexos, também é a maior dos países que integram o estudo. Olhando para as despesas em saúde, o Estado pagou em 2006, 81,7% das despesas, implicando 9,2% de representação face ao PIB

110 “*Referral*”.

em 2006. Das despesas totais do Estado, 16,3% reverteu a favor da saúde em 2006. A soma do capital público e privado dispendido em saúde na Suécia, fixou-se no valor de 3 973 dólares americanos (\$US) *per capita* (WHO, 2009; OECD, 2009).

Os rácios médios de médicos e de enfermeiros por habitante, estão entre os mais elevados do estudo. Para cada 10 000 habitantes existem 33 médicos e 109 enfermeiros (WHO, 2009).

3.4.1. A fisioterapia na Suécia

A Suécia é um país com um considerável número de fisioterapeutas. Dentro de um universo de 16 000 fisioterapeutas, 12 000 pertencem à Associação Sueca de Fisioterapeutas Registados "*Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR)*". Esta organização promove a profissão, produz uma revista nacional e salvaguarda os direitos dos seus associados, respeitantes à profissão, emprego e remuneração. A todos os associados é oferecida a revista científica internacional escandinava de fisioterapia "*Advances in Physiotherapy*". É composta por uma direcção nacional com representatividade local em 22 distritos (Heger-Ross e Sundelin, 2007).

Desde meados do século passado, os fisioterapeutas detentores de credenciais reconhecidas em terreno nacional podem circular livremente entre os países nórdicos, (Dinamarca, Ilhas Faroés, Islândia, Finlândia, Noruega, Gronelândia, Ilhas Alanda e Suécia). Após a entrada da Suécia na UE em 1995, a mobilidade dos seus profissionais estendeu-se aos actuais 28 países que integram a UE. O rigor da sua formação, permite o seu reconhecimento em todos os países europeus, ou seja, nos 41 constituintes da Europa. Esta iniciativa vai no sentido da Declaração de Bolonha datada de 1999, cujo objectivo final era a criação da "*European Higher Education Area*", ou seja, pretendia-se que até 2010 fosse criado um sistema de graus académicos comparáveis e transparentes em toda Europa, de forma a permitir mobilidade e cooperação na garantia de qualidade no ensino superior (Heger-Ross e Sundelin, 2007).

Uma das principais características do ensino superior na Suécia é o facto de ser totalmente gratuito, mesmo para alunos oriundos de outros países. No entanto, pondera-se que este acesso gratuito ao ES sueco seja limitado a alunos do espaço europeu comum (Heger-Ross e Sundelin, 2007).

O sistema de saúde beneficia de um avultado investimento por parte do governo, sendo investido aproximadamente 8,8% do PIB. É gerido por um sistema de

financiamento público que tem o objectivo de cobertura universal, mas inclui também uma rede de clínicas. Aproximadamente 87% dos fisioterapeutas trabalham no sistema de saúde público. Os tratamentos ambulatoriais são financiados pelo Estado. Para que os fisioterapeutas possam fazer acordo com as autoridades locais deve encontrar-se registados na sua associação profissional, a LSR (Heger-Ross e Sundelin, 2007; Anell, 2008).

Para poderem exercer na Suécia, os recém-formados devem inscrever-se na “*National Board of Health and Welfare - NBHW*”¹¹¹. Os fisioterapeutas membros da UE devem apresentar uma certidão curricular, segundo a Directiva Europeia 2005/36/EC, válida com respectivo grau académico atribuído, e uma autorização para o exercício do país de origem com menos de 3 meses. A certidão deve ser entregue na sua forma original e outra versão, traduzida em sueco ou inglês, por um tradutor autorizado. Assim o NBHW avalia o diploma e o grau académico, reconhecendo-os imediatamente ou, em alguns casos, pode submeter o fisioterapeuta a um exame de conhecimento teórico-prático, ou requerer outros documentos comprovativos do seu exercício profissional (Heger-Ross e Sundelin, 2007; NBHW, 2008). A aplicação só será concedida se o concorrente tiver um endereço postal confirmado e uma autorização de residência, caso o período de permanência ultrapasse os 3 meses. É necessário um bom nível de conhecimento da linguagem, e um conhecimento relevante da lei sueca. O NBHW, organiza cursos de legislação sueca, próprios para fisioterapeutas com formação fora da Suécia. Para residentes fora da UE, o exercício apenas é permitido desde o primeiro dia, com uma autorização do NBHW. Os requisitos para o exercício profissional na Suécia encontram-se no documento em inglês, “*Working in Sweden as a physiotherapist. Descriptions of professional requirements for physiotherapists*”¹¹² (LSR, 1999; Heger-Ross e Sundelin, 2007).

Em relação à formação de fisioterapeutas na Suécia, esta foi reconhecida como equivalente ao ensino universitário em 1977. Até 1998, era reconhecida como “*university college level*”, não estando integrada no ensino universitário mas num sistema paralelo. Foi em 1998 que a fisioterapia foi integrada no ensino superior universitário na sua plenitude. O ensino superior é completamente financiado pelo Estado, portanto não existem universidades privadas. Das 16 universidades existentes, 8 possuem cursos de fisioterapia que conferem grau bacharel, equivalente a 180 ECTS. A nível nacional existem 4 graus académicos. Bacharelato, *magister*, mestrado e doutoramento. Saliente-se o facto de a nível nacional, ser obrigatório, uma

111 <http://www.socialstyrelsen.se/en/>

112 <http://www.sjukgymnastforbundet.se/Documents/Description.pdf>

dissertação com peso de 15 ECTS, para conclusão do bacharelato. O *magister*, é concedido após o bacharelato, com mais um ano de estudo a tempo integral, equivalente a 60 ECTS. Para obter o mestrado, acresce ao bacharel 2 anos de estudos equivalentes a 120 ECTS. A dissertação exigida para conclusão do mestrado, é de 30 ECTS. O doutoramento em fisioterapia existe desde 1998, sendo cada plano de estudos adaptado em colaboração com os seus orientadores. O primeiro doutorado data de 1977. Desde esse ano, foram atribuídos 210 doutoramentos na Suécia na área da fisioterapia. Assim sendo, a Suécia detém 1,75% de doutorados em fisioterapia, estando entre os países com as maiores taxas de doutorados a nível mundial. Estes doutorados encontram-se essencialmente a nível do ensino e da investigação. Apesar do alto nível de investigação existente na área da fisioterapia na Suécia, a associação de fisioterapeutas da Suécia pretende aumentar a percentagem de doutorados no exercício clínico. Aguarda-se pelos resultados dos trabalhos elaborados, fundados na Declaração de Bolonha. Espera-se também, que seja estimulada, a prática baseada na evidência na Europa (Heger-Ross e Sundelin, 2007).

De forma a manter um elevado nível de qualidade a nível do ensino a “Agência Nacional Sueca para o Ensino Superior”¹¹³ “*Högskoleverket*”, avalia ciclicamente, em cada 6 anos, as instituições de ensino superior, tal como os seus cursos. Tem a capacidade de avaliar os cursos de fisioterapia, tal como currículos de fisioterapeutas oriundos de outros países de fisioterapeutas, que pretendem exercer na Suécia. Apesar dos cursos terem a necessidade de cumprir os requisitos estabelecidos pela “Agência Nacional Sueca para o Ensino Superior”, entre as universidades existem diferenças que as distinguem. Anualmente, todos os responsáveis pelos cursos das distintas universidades se reúne de forma a debater questões relacionadas com os currículos dos cursos. Existe uma equipa por detrás da administração dos currículos de cada universidade que é constituída por representantes da administração regional de saúde, clínicos de experiência reconhecida e supervisores clínicos. Todos têm influência na constituição do currículo. Os supervisores clínicos são responsáveis por aproximadamente 20% da prática clínica incluída no curso. De forma a envolver estes profissionais na universidade, eles são convidados a fazer palestras aos alunos e a participar em reuniões de assuntos académicos (Heger-Ross e Sundelin, 2007).

O acesso ao curso dá-se após a conclusão do ensino secundário perfazendo um total de 13 anos de ensino. Dos alunos que acedem ao curso, 70% são do sexo feminino. Na prática profissional, o sexo feminino é mais predominante, atingindo uma

113 <http://www.hsv.se/2.539a949110f3d5914ec800056285.html>

percentagem de 80 a 90%. Não existem dados concretos para a proporção de alunos de outras etnias para além da sueca e escandinava, no entanto nas últimas duas décadas tem-se verificado uma afluência maior de estrangeiros, representando entre 10 a 20% da generalidade da população. A empregabilidade dos fisioterapeutas é considerável, não existindo desemprego significativo na Suécia (Heger-Ross e Sundelin, 2007).

As especializações já existem na Suécia desde o início da década de 90. A Associação Sueca de Fisioterapeutas Registados certifica a especialização na área da ergonomia, medicina familiar, gerontologia e geriatria, reabilitação em pediatria, cardíovascular, cuidados intensivos, medicina pulmonar, neurologia, oncologia, ortopedia, obstetrícia, ginecologia e urologia, terapia manual ortopédica/ medicina, gestão da dor, psiquiatria e psicossomática, reumatologia, medicina desportiva e medicina veterinária. Estas especialidades são quase todas relacionadas com as 18 áreas de interesse em fisioterapia, existentes na Associação Sueca. Os requisitos para aceder ao título de especialista passam por completar dois anos de experiência profissional, passar o exame de *magister* (60 ECTS), publicar um artigo científico, apresentar um trabalho científico num congresso nacional ou internacional e para concluir, trabalhar 3 anos na área de especialização, sob supervisão de um colega experiente. Existem mesmo indicações pelo *National Board of Health and Welfare* de áreas com carências de fisioterapeutas especialistas. Salientam-se faltas de especialistas para crianças e adolescentes com incapacidades funcionais e outras patologias, para idosos com incapacidades e perturbações psíquicas, para doentes psíquicos e psicossomáticos, e para doentes de todas idades com incapacidades funcionais provocadas por doença ou traumas do sistema músculo-esquelético, sistema nervoso, e do sistema cardíopulmonar (Heger-Ross e Sundelin, 2007).

Na Suécia ainda não foi abordada a alteração do grau académico para aceder ao curso, neste momento mantém-se no bacharelato (3 anos). O nível de formação é equivalente ao da enfermagem e da terapia ocupacional, no entanto, o curso de medicina e de medicina dentária varia entre 5 e 6 anos. Apesar dos recém-formados terem acesso directo à prática profissional autónoma, após a conclusão dos 3 anos de curso, existem em alguns hospitais, de modo informal, mecanismos desenvolvidos para promoção do internato, à semelhança do que acontece, para adquirir a certificação de especialista (Heger-Ross e Sundelin, 2007).

A prática autónoma dos fisioterapeutas sem indicação médica ou de outros profissionais é uma realidade há vários anos na Suécia. No entanto, este acesso pode ser limitado por lei em algumas localidades da Suécia. Este passo levou a que a Associação Sueca dos Fisioterapeutas Registados, propusesse ao governo a

capacidade dos fisioterapeutas atestarem a incapacidade para o trabalho de utentes, por patologia músculo-esquelética, atribuindo a conhecida “baixa”. Outro passo que se pretende tomar é autorizar a prescrição de exames complementares de diagnóstico como a radiologia e teste laboratoriais. A associação considera este passo fundamental para fazer frente à concorrência oferecida pelas medicinas alternativas (Heger-Ross e Sundelin, 2007).

A fisioterapia na Suécia irá debater-se brevemente, com reduções orçamentais no sistema de saúde público, abrindo maiores possibilidades para implantação de clínicas privadas. A mudança de visão do tratamento de doentes em internamento para tratamento em ambulatório também irá desafiar os mecanismos actuais de prática dos fisioterapeutas.

3.5. Caracterização dos Estados Unidos da América

Neste estudo, os EUA destacam-se como o país com maior população e consequentemente maior número de fisioterapeutas. Em 2007, o número estimado para a população total atingiu 305 826 000 de indivíduos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a percentagem de indivíduos acima dos 65 anos de idade é de 12,5% (38 228 250 habitantes) e apresenta-se como a percentagem mais baixa de indivíduos acima dos 65 anos neste estudo¹¹⁴. Um dos motivos poderá fundamentar-se na alta taxa de fertilidade que os EUA apresentam (2,1%) em comparação com os (1,4%) do Reino Unido e (1,6%) de Portugal. No entanto, a evolução deste grupo etário é rápida, prevendo-se que em 2030, 19,65% da população tenha mais de 65 anos. Por outro lado, a esperança de vida também é das mais baixas, sendo apenas suplantada pela África do Sul. Para ambos os sexos, a esperança de vida situa-se nos 78 anos. Especificamente para o sexo feminino, a esperança de vida é de 81 anos, enquanto que para o sexo masculino é de 76 anos. A esperança de vida saudável também está entre as mais baixas situando-se nos 70 anos para ambos os sexos (WHO, 2009; OECD, 2009).

Relativamente à despesa com a saúde, os EUA encontram-se no pelotão da frente relativamente à despesa em saúde, como percentagem do PIB. Em 2006, os EUA despenderam 15,3% do seu PIB em despesas de saúde, 4,9% mais do

¹¹⁴ A seguir a África do Sul, que tem uma esperança de vida média de 54 para ambos os sexos.

que a Alemanha. Este montante representa 45,8% das despesas em saúde suportadas pelo Estado Americano. O governo despende, portanto, menos de 50% da despesa total em saúde. A despesa americana com a saúde dos seus cidadãos representa 19,3% dos gastos totais do Estado Americano, demonstrando um esforço maior nas despesas de saúde do que os restantes países que integram este estudo. Em suma, o gasto total em saúde pública e privada *per capita* nos EUA é de 6 719 (\$US) dólares americanos, o que representa aproximadamente o dobro da generalidade dos gastos *per capita* dos restantes países aqui implicados. Quando são analisados os rácios, prestadores por habitante, os EUA apresentam rácios que não se encontram acima da generalidade dos países integrados neste estudo, pois nos EUA existem 26 médicos para cada 10 000 habitantes, menor que na Bélgica, Alemanha, Portugal e Suécia. O rácio de enfermeiros é de 94¹¹⁵ para o mesmo número de habitantes, o que também é menor do que a Bélgica, Canadá, Suécia e Reino Unido (WHO, 2009; OECD, 2009).

3.5.1. A Fisioterapia nos Estados Unidos da América

O ensino da fisioterapia nos EUA tem as suas raízes na *Sargent School*, situada em Boston, fundada a 1881 pelo médico Dudley Allen Sargent e na *Boston Normal School of Gymnastics* fundada em 1889 por Amy Homans. Estas duas escolas ainda persistem com cursos acreditados, estando associadas respectivamente, à *Boston University* e *Northeastern University* (Threlkeld e Paschal, 2007).

Em 1905 surge uma das figuras mais importantes da formação em fisioterapia. Nascida nos EUA, porém educada na Inglaterra, Mary Macmilian volta à sua terra natal em 1916 e foi imediatamente recrutada pelo Cirurgião General do Exército Americano para assistir à reabilitação dos feridos da Primeira grande guerra. Mary Macmilian treinou um grupo de mulheres na área de *Reconstruction Aides* e assumiu a administração do programa de reabilitação do exército. No fim da Primeira Grande Guerra, organizou um grupo de mulheres numa organização profissional, e em 1921 fundou a *American Women's Therapeutic Association*, que assumiu mais tarde a conhecida *American Physical Therapy Association* - APTA (Threlkeld e Paschal, 2007).

¹¹⁵ Nurses and midwives.

A Segunda Grande Guerra e a persistência da epidemia de poliomielite na primeira metade do século XX, colocou maior ênfase no desenvolvimento da profissão. A maioria dos alunos que entravam nos cursos de fisioterapia civis e militares, durante esta época, possuíam cursos de educação física, com *college degree*, sendo-lhes atribuído certificados pós-bacharelato (Threlkeld e Paschal, 2007).

Segundo a APTA (2009), a visão da associação é a que o ensino seja completamente assegurado por fisioterapeutas com doutoramento até 2020. Esta associação representa aproximadamente 30% dos fisioterapeutas em território nacional. A 9 de Março de 2009, os cursos de fisioterapia que conferem grau Doutor representavam 93,8% dos 211 cursos acreditados existentes. Portanto existem apenas 13 cursos que conferem grau Mestre (APTA, 2009). Os últimos fisioterapeutas que graduaram com grau bacharel datam de 2001 (APTA 2008). Prevê-se que até 2013, 99% dos programas atribuam grau Doutor. Em 2007, 101 cursos dos 211 pertenciam a instituições privadas o que perfaz 48%.

A obrigação do registo/pedido de licença de trabalho para o exercício profissional em todos os estados da América data de 1973 (Gwyer, 1995).

3.6. Caracterização do Canadá

Em 2007, a população total no Canadá situava-se em 32 876 000 de habitantes. Acima dos 60 anos de idade encontra-se aproximadamente 17,9% da população canadiana. Quanto à esperança de vida da população canadiana, a idade média para ambos os sexos coloca-se nos 81 anos de idade, 78 para o sexo masculino e 83 para o sexo feminino. No Canadá, a esperança de vida saudável, para ambos os sexos é de 73 anos. A despesa com a saúde, atingiu 10,1% deste PIB, pois o sistema de saúde funciona essencialmente com financiamento público. Deste montante, 70% refere-se a despesas de saúde de unidades de saúde. O Estado despende 18,1% da sua despesa total em saúde. Este montante representa um custo de 3068 (\$US) (WHO, 2009; OECD, 2009).

Os rácios dos recursos humanos no Canadá para cada 10 000 habitantes, é de 19 médicos¹¹⁶ e 101 enfermeiros¹¹⁷ (WHO, 2009).

¹¹⁶ Physicians.

¹¹⁷ Nurses and midwives.

3.6.1. A Fisioterapia no Canadá

Segundo o CIHI, é difícil determinar o número preciso de profissionais de saúde em exercício no Canadá. O documento *Health Personnel In Canada 1991-2000*, faz referência a 20 profissões de saúde, o que não abrange a totalidade das profissões de saúde reguladas em território nacional, onde se inclui a fisioterapia. Quanto ao número total de profissionais em todas as categorias, o *Labour Force Survey* registou de 1991 a 2000, um incremento de 13,7%, ou seja, de 728 200 para 827 700 profissionais de saúde (CIHI, 2001).

Apesar de se ter verificado também, um incremento substancial de fisioterapeutas, registam-se ainda necessidades destes profissionais em determinados territórios do país. Estas necessidades podem ter na sua origem a função do fisioterapeuta no Canadá. Cita-se a definição de fisioterapeuta, segundo o *CIHI Information* (2004:169) “(...) são profissionais de saúde autónomos, de primeiro contacto, que analisam o impacto de lesões, patologias e perturbações do movimento e da função. (...). A sua actividade (...) é focada essencialmente nos sistemas músculo-esquelético, neurológico e cardio-respiratório, e inclui, mas não está limitado a: avaliação, diagnóstico e interpretação; desenvolvendo planos de tratamento individualizados (...). O fisioterapeuta também educa/ensina, consulta, gere e investiga.” A diversidade das funções dos fisioterapeutas podem suscitar a procura a determinados níveis de intervenção na saúde.

O exercício profissional no Canadá, obriga a registo a nível provincial. A primeira província a exigir registo dos fisioterapeutas foi a província de Saskatchewan, em 1945. O registo a nível provincial foi estendido a todos territórios até 1985. De 1995 a 2004, o número de fisioterapeutas activos aumentou em 2,5 pontos percentuais por ano. O total de 24,3% de aumento do número de fisioterapeutas, traduziu-se num aumento de 3 056 fisioterapeutas. As províncias que sofreram maior incremento neste período foram, Alberta (43,0%), New Brunswick (40,7%) e Nova Scotia (40,6%) (CIHI, 2006). O registo do maior incremento é para a província de Nova Scotia com 70,4%, no período de 1988 a 1997. Neste mesmo período de 10 anos, o incremento do número de fisioterapeutas foi maior, tendo sido de 50,3% (CIHI, 2000). Desde 1993, a província com o maior rácio de fisioterapeutas por 10 000 habitantes é a British Columbia, com 58 fisioterapeutas por 10 000 habitantes¹¹⁸ (CIHI, 2004; CIHI, 2007). Entre 2002 e 2006 o rácio de fisioterapeutas por população estabilizou, tendo

¹¹⁸ Dados de 2007.

subido de 48 para 49 para cada 10 000 pessoas, ou seja, 1 fisioterapeuta para cada 2000 pessoas (CIHI, 2007).

Segundo o Censo de 2001, a percentagem de mulheres na profissão decresceu de 85% em 1991 para 78,7% em 2007 (CIHI, 2006; CIHI, 2007). A idade média também tem vindo a aumentar, colocando-se em 2007 nos 40 anos de idade (CIHI, 2007). Apesar do desemprego se encontrar a nível baixo, somente 1,7%¹¹⁹, apenas 41% dos fisioterapeutas trabalham entre 30 e 40 horas por semana (CIHI, 2007).

A nível da formação dos fisioterapeutas, o Canadá conta com 14 universidades que oferecem o curso de fisioterapia. O primeiro curso de fisioterapia foi estabelecido em 1929, no entanto apenas no início da década de 80 é que começou a atribuir grau bacharel. Até 2010, pretende-se que todos os cursos tenham formação base, grau mestre, para acesso ao exercício profissional (CIHI, 2006, CIHI, 2007). Entre os fisioterapeutas em exercício no Canadá, 12,4% possuem diplomas¹²⁰ e 81% bacharelato. Registam-se apenas 6,5% dos profissionais com grau mestre, enquanto que apenas 0,1% possuem doutoramento. Aproximadamente 14% dos fisioterapeutas possuem bacharelatos noutras áreas. Ainda se pode referir que dentro da classe activa dos fisioterapeutas no Canadá, aproximadamente 15%¹²¹ fez a sua formação fora do país. Entre os fisioterapeutas com formações fora do Canadá, os mais frequentes são do Reino Unido, com 31,5% de representação, a Índia com 14,4% e os Estados Unidos com 10,0%. Portugal não tem expressão nesta matéria.

A prática profissional é distribuída em vários contextos, 40,0% a nível hospitalar, 39,3% em clínicas e outros negócios, enquanto que 13,5% trabalha na comunidade. Assim, 57,2% trabalham no sector público enquanto que 42,8% no privado¹²² (CIHI, 2007).

3.7. Caracterização da Bélgica

A Bélgica tem uma população estimada de 10 457 000, sendo semelhante em termos numéricos à de Portugal. Em relação ao estado de envelhecimento do país, em 2007, 23% da população tinha idade superior a 60 anos, o que a coloca entre os países mais envelhecidos dos que integram este estudo. Quanto à esperança de vida

119 Exclui dados da província Nova Scotia, Northwest Territories e Nunavut.

120 Diplomados anteriores à ascensão ao ensino superior (não possuem grau académico).

121 Exclui dados da província Nova Scotia, Northwest Territories, Nunavut, British Columbia e Quebec.

122 Exclui dados da província Nova Scotia, Northwest Territories e Nunavut.

à nascença, a Bélgica encontra-se acima da média, com esperança de vida média de 80 anos, com um diferencial significativo entre os sexos onde as mulheres têm uma esperança de vida média de 82 anos e os homens de 77. Quanto à esperança de vida saudável, os belgas estimam uma vida saudável até aos 72 anos de idade. Quanto a despesas com a saúde (relativamente à despesa em saúde como percentagem do produto interno bruto), a Bélgica encontra-se próximo dos 10% tal como o Canadá, Portugal e Alemanha. Em 2006, a Bélgica despendeu de 9,9% do seu PIB em despesas de saúde. A proporção da despesa pública dedicada à saúde encontra-se entre as mais baixas dos países que integram o estudo. A Bélgica tendo a seu cargo 72,5% do financiamento do sistema de saúde¹²³, remeteu em 2006, 14,8% dos seus fundos para pagamento de despesas de saúde, isto implica um gasto de 3 726 dólares americanos (\$US) *per capita* (WHO, 2009; OECD, 2009).

Em relação à distribuição de recursos humanos, a Bélgica tem os rácios mais altos de médicos e enfermeiros por habitante. Assim, para cada 10 000 habitantes, existem 42 médicos¹²⁴ e 142 enfermeiros¹²⁵ (WHO, 2009).

3.7.1. A Fisioterapia na Bélgica

O ensino superior na Bélgica é administrado em 4 categorias de instituições, universidades, *hautes écoles* (escolas superiores), colégios de artes e colégios de arquitectura. A fisioterapia pode ser ministrada a nível das universidades e a nível das *hautes écoles*. As 25 *hautes écoles* existentes foram constituídas pela fusão de 107 instituições de ensino superior não-universitário em 1995. Estas escolas superiores ministram cursos superiores de curta e longa duração. A fisioterapia é integrada nos cursos superiores de longa duração na categoria de paramédicos. Por sua vez, o ensino universitário está dividido em 21 ramos. A fisioterapia está integrada no ramo da “Ciência da Motricidade” que engloba a fisioterapia e reabilitação¹²⁶, ciências da motricidade, ciências da motricidade-educação física (Eurybase, 2009).

Segundo a Eurybase (2009), por decreto-lei, o governo Belga impôs às autoridades académicas um requerimento para limitar o número de estudantes “não-

¹²³ 27,5% é financiado por meios não públicos (WHO, 2009).

¹²⁴ *Physicians*.

¹²⁵ *Nurses and midwives*.

¹²⁶ *Readaptation*.

residentes”. Este Decreto-Lei com emissão de 16 de Junho de 2006, visa especificamente os cursos de bacharelato em fisioterapia e reabilitação e medicina veterinária, a nível universitário. A nível das escolas superiores, este documento obriga as autoridades das escolas superiores ao mesmo limite de estudantes “não-residentes”. Nas escolas superiores, os cursos visados são: enfermagem obstétrica¹²⁷, terapia ocupacional, terapia da fala, podologia, fisioterapia, audiologia, terapeutas de ensino especial¹²⁸. Os comissários, são responsáveis pela monitorização destas provisões. O acesso ao ensino superior nas comunidades francesas é quase acessível a todos obedecendo a determinados critérios, não sendo limitado por *numerus clausus* (Eurybase, 2009).

Estas limitações de acesso aos cursos, visam essencialmente a área da saúde. Segundo Corens (2007), todos os tipos de profissionais de saúde têm aumentado de forma contínua desde a década de 70, especialmente devido a falta de controlo do mercado do lado da oferta. Entre os mais afectados, encontram-se os médicos, dentistas e fisioterapeutas. Já previamente a Janeiro de 2007, a Bélgica apresentava um rácio de 4 médicos por 10 000 habitantes, enquanto que a média da (EU 25) é de 3,5 médicos por 10 000 habitantes.

Os primeiros passos tomados no sentido do planeamento dos recursos humanos na saúde foram dados em 1996 pelo Governo Federal, introduzindo o planeamento para médicos e dentistas pela criação da *Committee for Medical Supply Planning*. O planeamento foi estendido a fisioterapeutas mais tarde. Esta comissão estabelece o número de títulos profissionais que podem ser atribuídos por ano. Assim, existe um mecanismo de regulação no momento de aplicação para o reconhecimento do diploma dos candidatos¹²⁹. Neste sentido, as comunidades responsáveis pelas políticas educativas foram aconselhadas a tomar medidas para reduzir o acesso de alunos aos cursos, de forma a conseguir atingir os objectivos propostos pelo governo (Corens, 2007).

No documento, da reforma do sector da fisioterapia “*La reforme du secteur de la kinesitherapie*” é demonstrada uma preocupação com o consumo dos serviços de fisioterapia. Segundo a linha e) do ponto 5, foi implementada uma reforma em Maio de 2002, que pretendia regular o acesso à fisioterapia, com o objectivo de reduzir a despesa em 44,5 milhões de euros. Neste sentido, de forma regular a oferta de

¹²⁷ Midwifery.

¹²⁸ Educator specializing in psycho-educational accompaniment.

¹²⁹ Este momento acontece após a formação base dos fisioterapeutas e dos dentistas e após a formação base dos médicos, previamente à sua candidatura às especialidades.

serviços de fisioterapia, o Governo estimula os fisioterapeutas a mudarem de profissão, sendo esta mudança financiada pelo Estado. Para este efeito o Governo disponibilizou uma verba de 35,7 milhões de euros (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité - INAMI, 2003).

3.8. Caracterização da Alemanha

A Alemanha é o segundo maior país incluído neste estudo, contando com uma população total em 2007 de 82 599 000 de residentes. Desta população registam-se 16 461 980 indivíduos com mais de 65 anos, o que representa 19,93% da população, representando o país com a população mais envelhecida. Regista-se o facto de também ser o país neste estudo com a taxa de envelhecimento mais rápida, estando previsto em 2030 que 27,79% da população alemã tenha mais de 65 anos de idade. A esperança de vida também se encontra entre as mais altas, sendo em média de 80 anos (77 anos para o sexo masculino e 82 anos para o feminino). A esperança de vida saudável é para ambos sexos 73 anos. O facto de possuir uma elevada taxa de população pode explicar o valor ligeiramente superior à média da despesa da saúde face ao PIB. Em 2006, a Alemanha despendeu de 10,6% do valor do seu PIB em saúde, representando 17,9% da despesa geral do Estado. Note-se que o sistema de saúde é essencialmente financiado pelo Estado, sendo responsável pelo seu financiamento em 76,9%. Em termos numéricos, em 2006, o Estado alemão gastou 3718 dólares americanos (\$US) *per capita* (WHO, 2009; OECD, 2009). Os rácios de médicos e enfermeiros por habitante, constam entre os mais elevados registando-se uma relação de 34 médicos por cada 10 000 habitantes e de 80 enfermeiros por 10 000 habitantes (WHO, 2009).

A população Alemã podia optar até 2009 pela subscrição do seguro de saúde privado ou público, ou simplesmente não subscrever. A excepção incidia nos empregados com rendimentos superiores a €48 000, que eram obrigados a subscrever o seguro de saúde social. A partir de 2009, a nova reforma de saúde obrigou a todos os cidadãos a serem portadores de um seguro de saúde, de forma a reduzir a zero, o 1% da população que não era abrangida por um seguro de saúde (Busse, 2008).

3.8.1. A Fisioterapia na Alemanha

Segundo a *World Confederation for Physical Therapy – European Region* (WCPT-ER, 2009), existem 263 escolas que ministram o curso de fisioterapia a nível do ensino politécnico, graduando 7000 fisioterapeutas por ano. Ao contrário da maior parte dos países da Europa, a graduação do curso não atribui grau académico. Estas escolas estão directamente associadas a hospitais ou clínicas. O requisito mínimo de acesso ao curso é o 10º ano de escolaridade. A duração do curso é de 4 500 horas, distribuídas em 3 anos. Para poderem aceder ao exercício profissional, os recém-graduados são submetidos a 3 níveis de certificação. O primeiro *Bescheinigung*, é emitido após conclusão do curso e representa o acesso ao exame Estatal. O segundo certificado é o *Zeugnis or Abschlusszeugnis der Berufsfachschule*, que demonstra que o aluno foi aprovado no exame Estatal, portanto, que completou o curso. O terceiro é o *Urkunde* Estatal, nacional ou distrital. Este certificado permite ao graduado exercer a sua profissão (Eftekari e Bainbridge, 2005). Desde 2001, existem 16 instituições que ministram o curso superior de fisioterapia, atribuindo grau bacharel aos graduados, existindo também formação pós-graduada a nível de mestrado em 6 universidades. O autor desconhece o processo decorrente dos graduados para acederem ao exercício profissional após conclusão do curso. Saliente-se que apesar do título profissional ser protegido por lei na Alemanha, a profissão¹³⁰ não é regulada WCPT-ER (2005).

Segundo o estudo desenvolvido por Eftekari e Bainbridge (2005) solicitado pela *Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators (The Alliance)* para conhecer a formação dos fisioterapeutas na Alemanha, o currículo Alemão possui algumas lacunas, nomeadamente na componente músculo-esquelética. Após análise do currículo e visita a uma instituição que ministra o curso de fisioterapia na Alemanha, os autores verificaram a existência de lacunas a nível da investigação, prática baseada na evidência, raciocínio clínico, diagnóstico diferencial e na análise crítica. Não consideram que o currículo da fisioterapia na Alemanha seja equiparado ao canadiano. Porém, mesmo mediante esta avaliação, Eftekari e Bainbridge (2005), consideram que os fisioterapeutas alemães aparentam possuir competência técnica.

Apesar do número de graduados por ano ser substancial, a taxa de desemprego tem-se mantido baixa. Em 2008 existiam 3 815 fisioterapeutas desempregados o que representa uma taxa de desemprego de 4,2% (WCPT-ER, 2009). Para um fisioterapeuta com formação fora deste país exercer fisioterapia na

130 O Ministério da saúde Alemão é a entidade responsável pela profissão.

Alemanha, este deve ser portador de um diploma reconhecido, para fazer a inscrição obrigatória na Associação de Fisioterapeutas Alemã. No entanto, deve também fazer uma prova de aptidão profissional, podendo ser sujeito a supervisão durante um período determinado de tempo. Para fisioterapeutas dentro do espaço europeu, o reconhecimento é automático, no entanto as autoridades competentes reservam o direito de pedir uma prova de aptidão profissional caso a certificação do fisioterapeuta não demonstre ser comparável aos requisitos obrigatórios. De igual modo, o período de prática profissional supervisionada também poderá ser aplicável (WCPT-ER, 2009). A Alemanha poderá ser um país de eleição para o exercício profissional pois encontra-se numa posição privilegiada em relação ao ranking dos salários a nível mundial (World Salaries, 2010)¹³¹.

3.9. Caracterização da África do Sul

A África do Sul é o único país do continente africano que integra este estudo. Trata-se de um país cuja população estimada em 2007 foi de 48 577 000 habitantes. Este país destaca-se pelas diferenças comparadas com os restantes países que integram o estudo. A esperança de vida é substancialmente mais baixa situando-se nos 54 anos para ambos os sexos e especificamente 52 anos para o sexo masculino e 55 para o feminino. A esperança de vida saudável é também inferior colocando-se nos 48 anos para ambos os sexos. Pela esperança de vida ser tão baixa em relação aos restantes países também a proporção da população acima dos 65 anos é reduzida, situando-se e, 4,49%, sendo previsto o aumento até 2030 para 7,62% (WHO, 2009; OECD, 2009).

A despesa em saúde também apresenta algumas variações significativas em relação aos outros países. Relativamente à despesa em saúde face ao PIB, a África do Sul apresenta um valor de 8%. Quanto à despesa pública nos gastos em saúde, é a mais baixa de todos os países envolvidos no estudo (37,7%). Comparando com a despesa total do governo Sul-Africano, 9,1% é dedicado à saúde, novamente o valor mais baixo dos países da amostra. Os gastos em saúde com fundos privados e públicos traduzem-se por um gasto *per capita* de 425 (\$US) dólares americanos. Existe um último ponto algo semelhante a Portugal que é o número de enfermeiros por

131 <http://www.worldsalaries.org/physiotherapist.shtml>

10 000 habitantes que para a África do Sul é de 41 enfermeiros e Portugal é de 46. Em contrapartida, o número de médicos por 10 000 habitantes em Portugal é aproximadamente 3 vezes superior situando-se nos 8 médicos por 10 000 habitantes para a África do Sul, enquanto que Portugal tem 34 médicos por 10 000 habitantes (WHO, 2009; OECD, 2009).

3.9.1. A Fisioterapia na África do Sul

Actualmente existem 8 universidades na África do Sul que garantem o ensino da fisioterapia. Integradas no ensino superior, as universidades concedem grau bacharel aos seus graduados. Duas destas instituições oferecem também formação pós-graduada a nível de mestrado e doutoramento em fisioterapia, são a *University of the Western Cape* e a *University of Witwatersand* (Frantz, 2007; *World Confederation for Physical Therapy – African Region* - WCPT-AR, 2010). No continente africano, existem apenas mais 2 países onde a fisioterapia é leccionada a nível do ensino superior, a Nigéria e o Ghana. A Nigéria conta actualmente com sete universidades que leccionam o curso de fisioterapia e dessas, quatro oferecem doutoramentos em fisioterapia. A *University of Ghana* é a única instituição de ensino superior que tem o curso de fisioterapia no Ghana, oferecendo apenas o grau bacharel aos seus graduados (WCPT-AR, 2010).

Para exercer na África do Sul, os fisioterapeutas devem registar-se no *Professional Board of Physiotherapy*, que faz parte da *Health Professions Council of South Africa* (HPCSA) que regula as profissões da saúde. O número de autorizações podem ser limitadas. Após a autorização é exigido que o fisioterapeuta exerça as suas funções numa instituição seleccionada, onde seja possível obter supervisão profissional. Após o mínimo de 2 anos, os candidatos podem ser submetidos a exame onde lhe é atribuído o registo definitivo após aprovação. Para exercer na África do Sul, é necessário um *work permit*, que é requerido junto à Embaixada da África do Sul, sendo requerido para aprovação uma garantia de posto como fisioterapeuta antes da chegada ao país.

Os fisioterapeutas na África do Sul estão na vanguarda da fisioterapia relativamente à autonomia profissional. Segundo a HPCSA (2008), os fisioterapeutas

registados neste organismo são considerados prestadores de primeiro contacto¹³², “*trabalhando em equipa e em pé de igualdade com médicos e outros profissionais de saúde, no tratamento dos seus utentes*” (*South African Society of Physiotherapy - SASP*, 2008:1). Desde 1985 que este estatuto é reconhecido aos fisioterapeutas pelo organismo regulador das actividades de saúde a *South African Medical and Dental Council*. A fisioterapia na África do Sul não se fica por aí, desde 2006 que a SASP tem uma equipa formada para requerer junto das autoridades competentes, a autorização para prescrever medicamentos (SASP, 2006). Até ao momento, os fisioterapeutas podem apenas aplicar medicação prescrita (SASP, 2008).

132 *First line practitioners.*

III - Trabalho Empírico

1. Metodologia

1.1. Questão orientadora

Como se pode relacionar a oferta e a procura de fisioterapeutas nos próximos 20 anos?

1.2. Objectivos

1. Pretende-se prever a evolução futura da oferta dos fisioterapeutas em Portugal e o modo como poderá ser condicionada.
2. Tenciona-se prever a evolução da procura de fisioterapeutas tendo por base a evolução das tendências internacionais, assim como o impacto do envelhecimento demográfico.
3. Partindo do conhecimento da evolução da oferta e da procura, pretende-se encontrar um modelo de decisão que estabeleça o equilíbrio entre o número de fisioterapeutas que é necessário formar e as necessidades do país.

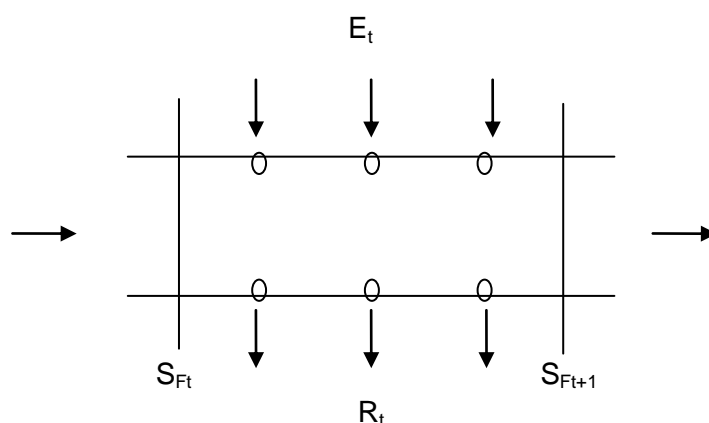
1.3. Definições e a sua justificação

Define-se a oferta como o número de fisioterapeutas disponíveis no mercado de trabalho. A evolução futura da oferta, apenas depende do saldo natural entre as entradas e saídas de profissionais, podendo por isso ser expressa de forma determinística. A oferta é a variável que pode ser regulada (variável de controlo, em linguagem de investigação operacional) de forma a obter-se uma co-evolução harmoniosa de oferta e a procura. A regulação da oferta pode ser obtida por diversos

meios, que variam entre a fixação administrativa do número de vagas e a simples informação do público-alvo¹³³.

Assim sendo, a oferta (S_{Ft+1}) num determinado ano é entendida como o número de fisioterapeutas que existem actualmente (S_{Ft}), somando-se os que entraram (E_t) subtraindo-se os que se reformaram (R_t).

Fig.5. Entradas (E_t) e saídas (R_t) de fisioterapeutas no sistema.



Onde:

E_t : Entradas no curso de fisioterapia.

S_F : Oferta de fisioterapeutas.

R_t : Reformas.

S_{Ft} : Oferta de fisioterapeutas no ano t.

S_{Ft+1} : Oferta de fisioterapeutas no ano seguinte.

Assim, admite-se que a série temporal da oferta é dada pela fórmula seguinte:

$$S_{Ft+1} = S_{Ft} + E_t - R_t \quad (1)$$

Como (R_t) não é manipulável, pretende-se calcular a série (E_t) que permite estabelecer o equilíbrio entre a oferta e a procura.

Portanto, a oferta (S_{Ft}) depende do número de entradas (E_t) nos cursos de fisioterapia.

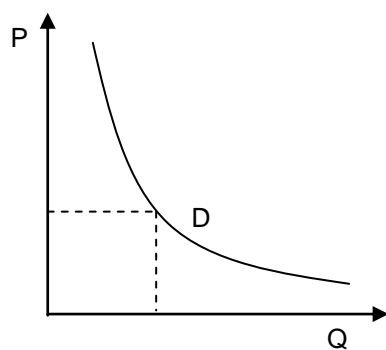
¹³³ Com origem em estudos de empregabilidade, por exemplo.

A procura de fisioterapia depende de um conjunto diverso de factores dificilmente determináveis, pelo que a sua evolução só pode ser descrita segundo uma estimativa definida por uma relação estatística. A procura depende da evolução demográfica, da emergência de novas áreas de intervenção no campo da fisioterapia, de tendências de consumo, da evolução tecnológica, dos saberes da própria fisioterapia, etc. O consumo deste tipo de serviço tem características específicas, pois a sua procura é relativamente independente do seu preço. Por um lado, tratando-se de necessidades efectivas, primárias, estas devem ser rapidamente satisfeitas. Por outro, este serviço é largamente prestado a um custo simbólico ou mesmo gratuitamente, pois é habitualmente financiado por entidades como a Administração Regional de Saúde (ARS) local, ou outras entidades públicas e privadas. Assim, a procura pode ser considerada essencialmente inelástica¹³⁴. A Figura 6, apresenta três gráficos com curvas de procura. A Figura 6a) apresenta uma curva de procura elástica, demonstrando uma variação significativa do consumo consoante a variação inversa do preço. A Figura 6b) contém uma recta que demonstra uma procura perfeitamente rígida, portanto, indiferente à variação do preço. A Figura 6c) apresenta uma curva mista, que poderá representar a procura dos serviços de fisioterapia. A curva pode ser considerada, dividindo-a em três partes. A parte de cima da curva pressupõe uma oferta de serviços de fisioterapia, que não são financiados pelo Estado ou por outras entidades pagadoras, pois podem ser considerados bens de luxo.

134 Segundo Samuelson e Nordhaus (1993), a lei da procura decrescente, diz que a quantidade procurada tende a variar inversamente ao preço. A elasticidade preço da procura, reflecte esta sensibilidade da procura ao preço. A inelasticidade, reflecte a indiferença da variação da procura, com a variação do preço.

Figura 6 - Curvas de procura. a) Curva de procura elástica. b) Curva de procura vertical (procura perfeitamente rígida). c) Curva de procura mista.

a)



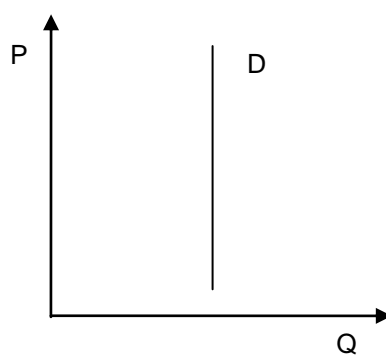
Legenda:

D: Procura elástica

P: Preço

Q: Quantidade

b)



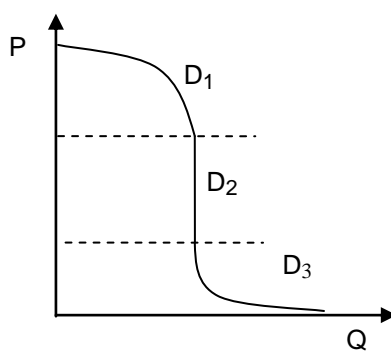
Legenda:

D: Procura perfeitamente rígida

P: Preço

Q: Quantidade

c)



Legenda:

D₁: Procura elástica

D₂: Procura perfeitamente rígida

D₃: Procura elástica

P: Preço

Q: Quantidade

Note-se que, a variabilidade do campo de intervenção da fisioterapia, nomeadamente no âmbito da prevenção, na promoção da saúde, ou até na estética, abre a possibilidade do consumidor ser mais susceptível à apreciação do seu preço antes de consumir o serviço. A parte central da curva abrange a situação em que os serviços de fisioterapia são financiados por terceiros, portanto, o consumidor não é afectado pelo preço do serviço. Ainda, este segmento da curva rígida ou inelástica, pode ser interpretada pelo facto de o recurso à fisioterapia ser habitualmente desencadeado para restabelecimento ou melhoria do estado de saúde, remetendo o preço do serviço para um segundo plano, daí a indiferença ao preço. A parte mais inferior da curva admite que os serviços sejam extremamente baratos. Se o preço for exageradamente baixo, começa a haver um uso indiscriminado de fisioterapia. Com esta curva, permite-se um certo grau de elasticidade na procura de serviços de fisioterapia.

De acordo com estes pressupostos, admitindo que o segmento relevante da curva da procura corresponde à secção inelástica, a evolução da série temporal da procura pode ser analisada através da série temporal da capitação de fisioterapeutas. A análise foi dividida em duas fases: uma que integra dados internacionais (a) para a extrapolação para o futuro da equação de regressão, que traduz a série temporal da procura. A outra (b) relaciona o envelhecimento da população com a evolução da procura, calculada na primeira fase.

a) A evolução da procura é aqui definida por uma função logística. A criação e expansão de serviços seguem em geral curvas logísticas. Admite-se que quando uma actividade tem o seu início, a sua difusão tem uma evolução gradual, pois à medida que esta se difunde na comunidade, vai despertando a necessidade, aumentando a sua procura. A fisioterapia era até há pouco tempo desconhecida, tendo-se registado um aumento do consumo na generalidade dos serviços. Este aumento gradual deve estabilizar assim que seja atingido o limite de interesse da fisioterapia, ou seja, tende a estabilizar quando a população não tiver mais necessidade de fisioterapia. Assim haverá um valor de tendência, que é um limite em que todas as pessoas devem ter as suas necessidades satisfeitas.

O “limite de interesse da fisioterapia” tem uma perspectiva económica que é interpretada pela lei da utilidade marginal decrescente. Segundo Samuelson e Nordhaus (1993) a utilidade marginal¹³⁵ é o incremento da utilidade obtida ao consumir um bem. Quando se repete o consumo desse mesmo bem, a utilidade crescerá a uma

135 Por “marginal” entende-se “adicional”.

taxa cada vez menor (lei da utilidade marginal decrescente). Este conceito pode ser ilustrado em casos de reabilitação. Num processo de reabilitação, é frequente que os progressos sejam maiores na fase inicial, tendo tendência a desacelerar quando se atinge a capacidade de recuperação da função.

Portanto, admite-se que a procura no ano (t), e o número de fisioterapeutas empregados, seguem uma curva logística que tende para um determinado valor de saturação. O número previsível de fisioterapeutas/habitante vai representar a procura.

A calibração da curva logística foi efectuada com os dados estatísticos dos países incluídos no estudo. Os dados de origem, foram reunidos num painel que permitiu a observação da evolução do número de fisioterapeutas/habitante em vários países do mundo e em diversos anos (Apêndice 2). Adaptou-se esse painel, a uma função logística que permite prever a evolução do número de fisioterapeutas/habitante para Portugal nos próximos anos, ou seja, efectuou-se uma regressão¹³⁶ conjunta dos países incluídos no estudo.

b) A procura a nível nacional vai ser contemplada recorrendo a dados de consumo de fisioterapia, associando os padrões de consumo a grupos etários definidos. Calculando a proporção de consumo por grupo etário, pretende-se chegar ao número relativo de fisioterapeutas necessários, que garantam os cuidados a cada grupo etário. Admitindo que estes padrões de utilização dos serviços de fisioterapia se mantêm preservados no tempo, pretende-se conhecer a evolução da procura específica em território nacional, resultante das alterações demográficas regionais.

3. Portanto, o modelo de decisão para estabelecer o equilíbrio entre o número de fisioterapeutas que é necessário formar é formulado através da oferta (S_{Ft}) e da procura (D_{Ft}). Pretende-se estabelecer séries temporais de oferta e procura para comparação, pois entende-se que deve haver ajustamento entre o número de fisioterapeutas empregados e as necessidades da população.

Pretende-se assim procurar um equilíbrio entre a oferta (S_{Ft})¹³⁷ e procura (D_{Ft}), portanto, o valor que torna $(S_{Ft}) = (D_{Ft})$ em todos os anos.

136 Segundo Fortin (2009), a regressão logística é um teste estatístico inferencial que permite a previsão do comportamento (valor) de um sujeito para uma variável partindo de valores obtidos para uma ou várias variáveis independentes.

137 Segundo a Equação (1).

1.4. Hipóteses do estudo

Hipótese 1: A evolução do número de fisioterapeutas representa grosso modo a evolução da procura.

Hipótese 2: A evolução do número de fisioterapeutas/habitante (procura) em Portugal segue uma curva logística.

Hipótese 3: Há um modelo global e a evolução de Portugal pode ser encarada como um caso particular da evolução global do número de fisioterapeutas.

Hipótese 4: A curva logística que representa a evolução em Portugal é estimada em conjunto com os dados existentes para uma série de países. A curva que representa Portugal é tratada como um membro de uma família de curvas logísticas que convergem para o mesmo ponto de saturação. Tal pressupõe que diferentes países estão em diferentes estados de desenvolvimento, evoluindo a velocidades também diferentes. No entanto, admite-se que o valor de saturação é o mesmo para todos os países.

1.5. Tipo de estudo e selecção da amostra

Este trabalho, de carácter essencialmente prospectivo, pretende prever a procura, tendo por base o rácio fisioterapeutas/habitante de um conjunto de países onde a fisioterapia está particularmente bem implantada. Portanto, pretende-se fazer uma projecção para o futuro dos dados em painel e adaptá-los ao caso concreto português.

O método de amostragem geral foi exaustivo e não probabilístico, dado que se esperava uma participação muito reduzida dos intervenientes. Portanto trata-se de uma amostragem accidental ou de conveniência, pois quanto mais participada fosse a amostra melhor seria a sua representatividade.

A população alvo da amostra do painel de dados internacional foram os 101 países membros da WCPT. Considera-se que os países que integram a WCPT partilham princípios comuns relativamente ao ensino e ao exercício profissional da fisioterapia.

Os países que cumpriram os critérios de inclusão foram os que forneceram dados estatísticos consistentes do número de fisioterapeutas existentes por ano, nomeadamente: Nova Zelândia, Bélgica, Suécia, Canadá, Reino Unido, África do Sul, Estados Unidos da América, Alemanha e Portugal. No painel dos países incluídos, constam países com reconhecido relevo internacional no âmbito da Fisioterapia.

A população alvo da amostra das instituições hospitalares públicas corresponde a todas as instituições hospitalares conhecidas¹³⁸ com serviço de fisioterapia, que constam no Serviço Nacional de Saúde. Todas as instituições que cumpriram os critérios de inclusão foram usadas no estudo.

A população alvo da amostra das instituições hospitalares privadas e clínicas corresponde a todas as instituições que possuem serviço de fisioterapia em território nacional. A população acessível é representada pelas instituições encontradas nas páginas amarelas e brancas com número de fax associado ou e-mail. Foi incluída no estudo apenas uma clínica que cumpriu os critérios de inclusão.

A população alvo da amostra das mediadoras de saúde, corresponde a todas as mediadoras de saúde disponíveis na internet. A população acessível corresponde às que tinham os contactos disponíveis por e-mail. Nenhuma mediadora cumpriu os critérios de selecção.

1.6. Instrumentos de recolha de dados

A procura dos dados referentes à oferta e à procura foi dificultada, dado não existirem dados publicados que satisfizessem todas as necessidades para este trabalho. Assim, para definir a oferta, recorreu-se ao contacto via e-mail junto à ACSS, de forma a obter os dados referentes aos fisioterapeutas que exercem a sua função cumprindo os requisitos legais em Portugal. Os dados relativos ao número de vagas¹³⁹, graduados e desempregados foram obtidos online, no site do GPEARI¹⁴⁰.

Relativamente à procura internacional, na sua maioria os dados utilizados no trabalho empírico também foram requeridos por e-mail, dada a dificuldade sentida na

138 Também foram incluídos dois centros de medicina física e reabilitação.

139 Excepto para o ano lectivo 2009/10 onde todas as instituições foram contactadas telefonicamente para confirmar o *numerus clausus* para o curso de fisioterapia.

140 <http://www.gpearl.mctes.pt/>

localização da respectiva publicação¹⁴¹. O local inicial de procura foi o site da WCPT, que contém hiperligações para todas as associações filiadas. Dado o facto de ser voluntária a inscrição de uma associação representativa dos fisioterapeutas de um país na WCPT, e tendo em conta os critérios de inclusão/exclusão da própria WCPT, esta só representa 101 países. Note-se que dentro de um país podem existir diferentes associações representativas dos fisioterapeutas, sendo no entanto, admitida apenas a inscrição de uma, normalmente a mais representativa. Assim sendo, as associações podem não possuir dados completos, relativos aos fisioterapeutas do país. Também, a inscrição dos fisioterapeutas nestas associações é na sua esmagadora maioria voluntária, salvo raras excepções, tal como a Ordem de Fisioterapeutas que existe no Líbano¹⁴². Assim sendo, os 300 000 fisioterapeutas que a WCPT representa a nível internacional, também não corresponde ao número total dos fisioterapeutas existentes a nível mundial (WCPT, 2001; WCPT, 2009).

Devido aos dados publicados no sítio da internet da WCPT referentes ao número de fisioterapeutas não serem suficientes para as necessidades deste trabalho, estabeleceu-se o contacto directo com os responsáveis das associações representativas de cada país. O contacto foi estabelecido por e-mail, fax e carta, pelo menos 2 vezes a cada associação (ver Apêndice 3).

Os dados relativos à procura nacional também foram solicitados às instituições prestadoras de fisioterapia, dado que não existem sob qualquer forma de publicação. O contacto foi estabelecido por e-mail, fax e carta (quando solicitado). Cada instituição foi contactada, pelo menos 2 vezes (ver Apêndice 4).

1.7. Operacionalização

De forma a conhecer a oferta de fisioterapeutas seguiu-se o procedimento descrito nos pontos seguintes:

1. Recolha da estatística disponível do número de vagas, graduados e desempregados por ano, para o curso de fisioterapia contemplando o ensino público e privado e cooperativo;

141 Note-se que a esmagadora maioria dos dados utilizados não se encontram sob forma de publicação em revistas. Grande parte dos dados estatísticos, também não se encontravam na posse das associações profissionais.

142 <http://www.optl.org/>

A estatística foi recolhida através de dados publicados em distintas fontes. Para os dados mais recentes consultaram-se os documentos publicados pelo GPEARl: “Vagas e inscritos no Ensino Superior (2000/01 a 2008/09)” GPEARl/MCTES¹⁴³, Fevereiro, 2010. A estatística relativa ao desemprego foi recolhida nas publicações “A procura de emprego dos diplomados com habilitação superior” (GPEARl/MCTES de 2007 a 2009).

2. Recolha da estatística dos registos dos fisioterapeutas, representados pela emissão de cédulas profissionais, disponibilizada pela ACSS¹⁴⁴ em formato Excel. Estratificaram-se os dados recebidos por idade, partindo da data de nascimento, de forma a conhecer o número de fisioterapeutas com o direito legal de exercício profissional em território nacional e a sua estrutura etária;

Para o autor, a fonte que melhor caracteriza o número de fisioterapeutas a exercer em território nacional tem a sua origem na ACSS, na área da Gestão de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Os fisioterapeutas registados constam na base de dados da ACSS, disponível online, excepto os que exercem o direito de opção de não constar na lista. Pretendendo-se conhecer o número de registos por ano e as respectivas idades, foi necessário solicitar os dados por escrito directamente à ACSS.

Uma fonte alternativa seria o número de graduados, também publicado pelo GPEARl. Porém, após a análise dos dados, verificaram-se números de graduados excessivos, decorrentes da dupla contagem dos graduados correspondente à licenciatura bi-etápica (o mesmo indivíduo entrava na contagem quando se graduava com bacharel e depois quando se graduava como licenciado).

Outra possível fonte para contabilizar o número total de fisioterapeutas existentes seria a do acesso aos cursos de Fisioterapia¹⁴⁵; no entanto, não é possível contabilizar o número de graduados que efectivamente exercem Fisioterapia, nem o número de desistências dos cursos. O facto de não ser possível estudar as faixas etárias dos graduados desde o início da formação dos fisioterapeutas (1966)

143 GPEARl - Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais; MCTES - Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

144 Os dados foram prontamente disponibilizados pela ACSS em Fevereiro 2009, após recepção do pedido.

145 Que será âmbito de ensaio para colmatar a falta de dados para inserir como oferta (S_{Ft}).

impossibilita a previsão do ritmo de reformas dos fisioterapeutas, essencial para o método utilizado neste estudo.

3. Análise do número de fisioterapeutas desempregados.

A análise do número de fisioterapeutas desempregados foi efectuada através da consulta dos Relatórios semestrais publicados pelo GPEARI/MCTES “*A procura de emprego dos diplomados com habilitação superior*” de Dezembro 2007 a Junho de 2009:

4. Cálculo do ritmo de reforma dos fisioterapeutas (R) para obter a saída natural da profissão.

Sabendo-se a idade dos fisioterapeutas registados, calculou-se o ritmo de reforma dos fisioterapeutas por ano, partindo do pressuposto que se reformam aos 65 anos de idade.

5. Operacionalização da fórmula $F_{Ft+1} = F_{Ft} + E_t - R_t$ para obter a *série temporal de entradas* (E_t).

Tendo sido reunidos os dados necessários, operacionalizou-se a fórmula da oferta. Os dados obtidos durante o processo e o resultado final foram expostos sob a forma de quadro¹⁴⁶.

A procura de fisioterapeutas foi definida através dos resultados da pesquisa internacional. Entende-se que apesar das particularidades dos países, a Fisioterapia é um cuidado de saúde semelhante a nível mundial, o que permite admitir uma evolução tendencial para um ponto de equilíbrio comum, correspondente ao nível de saturação. De acordo com o que atrás foi discutido, a procura a nível nacional é definida pelo número de fisioterapeutas que se encontram a trabalhar, ou seja, os fisioterapeutas que satisfazem as necessidades da população actual.

Assim, de forma a conhecer a procura de fisioterapeutas pretende-se:

146 Quadro 40.

1. Conhecer o número de fisioterapeutas existentes a nível internacional;

O início da pesquisa deu-se online, a nível da organização mundial de fisioterapeutas WCPT,¹⁴⁷ que é subdividida em 5 regiões, que representam os 5 continentes do globo. Por este meio, não foi possível apurar os dados necessários. Após o autor ter esgotado outras fontes online, recorreu-se ao contacto directo com as associações profissionais, membros da WCPT, por e-mail, fax e carta. Todas as associações que não responderam após o primeiro contacto, foram contactadas por outro meio pelo menos mais uma vez.

2. Após a recolha das estatísticas dos países que cumpriram os critérios de selecção, organizaram-se os dados respeitantes a cada país, por ano. A população estimada para cada país que integra o estudo foi obtida pelas projecções da população da OCDE¹⁴⁸. Por interpolação linear, ajustou-se a população estimada de 1 de Julho para 1 de Janeiro do ano seguinte. Com os dados acima definidos, foram calculados os rácios fisioterapeutas/1000 habitantes.
3. Dada a série temporal, a sua extrapolação em painel foi efectuada como atrás referido, usando uma função logística. A regressão de uma função logística, para a qual não se conhece à partida o valor de saturação, pode ser feita recorrendo a uma aproximação da equação diferencial logística a uma equação de diferenças finitas. Para tal é necessário conhecer a série temporal de duas variáveis, o rácio fisioterapeutas/1000 habitantes (ϕ) e a sua taxa de crescimento (g).
 - a) O rácio fisioterapeutas/1000 habitantes (ϕ) é a variável independente¹⁴⁹. O cálculo desta variável por ano permite a apreciação da densidade de fisioterapeutas na população. O seu cálculo é determinado pela fórmula seguinte:

¹⁴⁷ <http://www.wcpt.org/regions>

¹⁴⁸ OECD (2008) - Projecções da população.

¹⁴⁹ Há uma relação entre o valor da evolução de ano para ano. A velocidade de crescimento depende da aproximação do valor de saturação. A taxa de crescimento depende da população daquele ano.

$$\varphi = \frac{n^{\circ} \text{ de fisioterapeutas}}{n^{\circ} \text{ de habitantes}} \times 1000 \quad (2)$$

- b) Para a utilização do rácio fisioterapeutas/1000 habitantes (φ), o seu valor deve ser ajustado para o valor médio entre cada período de tempo (t , $t+1$). Portanto, o rácio fisioterapeutas/1000 habitantes no meio do intervalo (φ') é calculado pela fórmula que se segue:

$$\varphi' = \sqrt{\frac{\varphi_{t+1}}{\varphi_t}} \times \varphi_t \quad (3)$$

- c) A evolução do rácio fisioterapeutas/1000 habitantes no meio do intervalo (φ') é definida pela taxa de crescimento do rácio no meio do intervalo (g_t):

$$g_t = \frac{\varphi_{t+1} - \varphi_t}{\varphi'_t} \quad (4)$$

4. Conceptualização e formulação do modelo

A fórmula do modelo de previsão traduz-se pela seguinte equação diferencial (5), que exprime o crescimento relativo da população.

$$\frac{\frac{d\varphi_t}{dt}}{\varphi_t} = a(\varphi_s - \varphi_t) \quad (5)$$

Onde:

φ_s = valor de saturação;

φ_t = valor de φ no ano t ;

a = constante de proporcionalidade.

Esta equação (5) pode ser expressa na forma linear se transformarmos diferenciais em diferenças finitas (sabendo que com isso estamos a fazer uma aproximação). Portanto, a equação (5) é substituída pela equação abaixo (6), onde o termo diferencial é substituído pela taxa de crescimento discreta (g_t) e o (φ_t) pelo ponto intermédio (φ'_t).

$$g_t = a(\varphi_s - \varphi'_t) \quad (6)$$

Depois de estimar o (a) e (φ_s) para os países, as extrapolações dos valores calculados são incluídas no modelo de previsão, transformando-se a equação diferencial acima no integral geral representado abaixo:

$$\varphi_{it} = \frac{\varphi_s}{1 + k e^{-ait}} \quad (7)$$

Passando ao integral particular em que (k) é definido considerando que o último valor conhecido corresponde a $t=0$. Assim,

$$k = \frac{\varphi_s}{\varphi'_t} - 1 \quad (8)$$

Sendo:

i = índice do país

φ = número de fisioterapeutas/1000 habitantes

a = variável que define a velocidade de convergência para o valor de saturação para cada país

φ_s = valor de saturação

k = constante que define o valor de φ no tempo zero.

O ensaio efectuado foi composto com 3 versões de fórmulas, tendo-se optado pela última versão que consta na alínea (c).

- a) Considerou-se que todos os países seguem o mesmo processo de crescimento logístico: (a) e (φ_s) são iguais para todos (equação 9). O resultado do ensaio mostrou que o modelo deu um coeficiente de

correlação excessivamente baixo, devido ao facto de os processos de crescimento serem extremamente heterogéneos.

$$g_{ti} = a(\varphi_s - \varphi'_{ti}) + \varepsilon_{ti} \quad (9)$$

- b) Considerou-se que os processos são completamente independentes (cada país tem um valor específico para (a_i) e (φ_{si})). Esta opção (equação 10), com um valor específico de (a_i) e (φ_{si}) , destrói o painel e torna nula a contribuição dos restantes países para o conhecimento do processo português.

$$g_{ti} = a_i(\varphi_{si} - \varphi'_{ti}) + \varepsilon_{ti} \quad (10)$$

- c) A situação considerada neste estudo foi intermédia, entre as anteriores (equação 11). Todos os países evoluem para o mesmo valor de saturação mas por processos diferentes: (a_{ti}) específico para cada país e (φ_s) comum.

$$g_{ti} = a_i(\varphi_s - \varphi'_{ti}) + \varepsilon_{ti} \quad (11)$$

Sendo:

g_t = taxa de crescimento de cada país.

ε = erro.

Isto significa adaptar aos pontos do painel uma família de rectas que se cruzam num ponto único ($g_t=0$, $\varphi'=\varphi_s$).

Este exercício foi realizado mediante um programa efectuado para o efeito em FORTRAN¹⁵⁰. O objectivo do programa foi determinar o valor de (φ_s) que corresponderia ao ajustamento máximo dos pontos da amostra ao conjunto de rectas de regressão. Por outras palavras, o programa arbitrava um determinado valor (φ_s) e calculava, para cada país, o declive da recta de regressão que passava pelo ponto ($g_{ti}=0$, $\varphi'=\varphi_s$); o programa ia variando os valores de (φ_s) até encontrar o que minimizava a soma dos quadrados dos desvios das rectas de regressão face aos

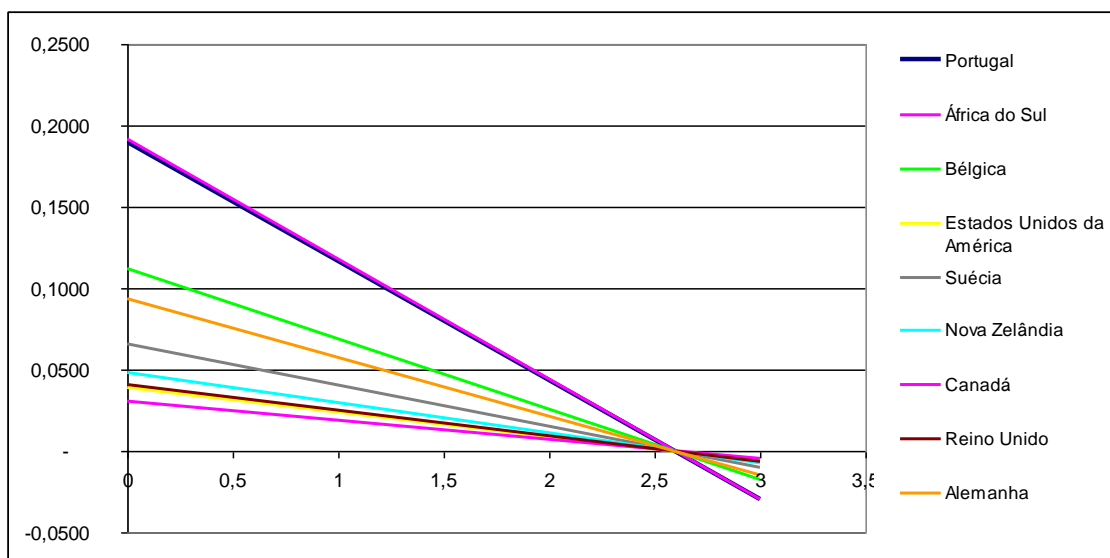
150 "IBM Mathematical FORMula TRANslation System"

pontos da amostra; tal valor de (φ_s) correspondia à solução óptima. Os valores obtidos encontram-se no capítulo dos resultados, no Quadro 40.

A elaboração de uma regressão conjunta com os dados em painel resultou na obtenção de um coeficiente de correlação (r^2) de 0,14. O valor obtido justifica-se pelo facto de se exigir homogeneidade a um painel de dados tão heterogéneo.

Por consequente aplicou-se o painel de dados ao programa em FORTRAN para cálculo de regressões múltiplas. Pretendia-se que a correlação encontrasse o equivalente ao r^2 com a entrada dos valores de (g_i) estimados e os valores de (g_i) reais. Os resultados obtidos permitiram um coeficiente de determinação entre os valores estimados pela família de rectas da regressão e os valores reais. O $r^2=0,42$ obtido, é consideravelmente melhor que o anterior.

Gráfico 12 – Rectas representativas dos países.



Partindo do valor estimado de φ_s , foi calculado o valor de (k) para cada país, segundo a equação (8). Conhecido este valor, pela aplicação da equação (7) aos dados de todos os países que integram o estudo, obtiveram-se os resultados que se encontram no Apêndice 5.

Partindo destes resultados foram calculados o número de fisioterapeutas que se estimam serem necessários para cada país. Os valores obtidos encontram-se no capítulo dos resultados, no Quadro 45.

Tendo-se definido o procedimento para a oferta e a procura, pretende-se agora conhecer a intensidade de uso por grupos etários a nível nacional.

Pelo estudo das estatísticas do consumo de fisioterapia nos hospitais, clínicas e sub-sistemas de saúde pretende-se conhecer a frequência ou intensidade de uso dos diversos grupos etários, tendo em vista a avaliação do impacto do previsível envelhecimento da população. Admite-se que grupos etários diferentes têm consumos diferentes. A evolução da estrutura etária implica uma alteração da capitação de fisioterapeutas. Concretamente, o espectável crescimento dos grupos etários mais velhos, aqueles que aparentemente tem a maior necessidade de serviços de fisioterapia, irá aumentar a referida capitação.

1. De forma a conhecer a população utente e o seu consumo recorreu-se ao pedido directo às instituições seleccionadas, dado o autor não ter identificado os dados pretendidos em forma de publicação. As instituições prestadoras foram seleccionadas de forma a obter amostras de cada região do território nacional por NUTS II;
2. Após a recolha das informações pedidas de cada instituição, agruparam-se os dados por grupos etários, de forma a poderem ser comparados. O consumo de técnicas e o número de utentes foram estabelecidos em números relativos por grupo etário de forma a serem também comparados. A relação entre os tratamentos por grupo etário em relação número total de tratamentos (τ_n) é estabelecido pela seguinte fórmula:

$$\tau_n = T_n / \Sigma T_n \quad (12)$$

Onde:

T_n = número de tratamentos por grupo etário.

ΣT_n = número de tratamentos total.

3. Através dos números relativos do consumo de técnicas calculou-se o número de fisioterapeutas que se estima ser necessário por grupo etário pela equação (11). Para o efeito, foi necessário calcular em

primeiro lugar o peso relativo da população por grupo etário (Π_n). Utilizou-se a equação (10).

$$\Pi_n = P_n / \Sigma P_n \quad (13)$$

Onde:

P_n = habitantes em Portugal por grupo etário.

ΣP_n = número total de habitantes em Portugal.

Então:

$$\varphi_n = \varphi \tau_n / \Pi_n \quad (14)$$

Onde:

φ = captação de fisioterapeutas para todos os grupos etários.

φ_n = captação de fisioterapeutas por grupo etário.

4. No seguimento do passo anterior estimou-se o número de fisioterapeutas por grupo etário sob forma de rácio fisioterapeutas/habitante. Assim, calcularam-se as necessidades regionais por NUTS II e III.
5. Neste ponto, mostraram-se as variações demográficas em território nacional até 2030¹⁵¹. De seguida, mediante as variações verificadas, efectuou-se uma projecção dos fisioterapeutas que se estima serem necessários, a nível nacional, tal como a nível regional.
6. Partindo do cálculo das necessidades regionais, comparou-se a localização geográfica dos estabelecimentos de ensino da Fisioterapia (oferta) com a localização das necessidades (procura).

Após a obtenção dos resultados enunciados nos pontos anteriores, atinge-se o ponto final do método deste estudo.

151 Projecções demográficas do grupo de investigação liderado pelo Prof. Eduardo Anselmo Castro da Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro (2009).

Pretende-se encontrar estabelecer o equilíbrio entre a oferta e procura de fisioterapeutas.

1. Para o efeito, foram estabelecidos séries temporais de abertura de vagas em fisioterapia.
 - a. A primeira série temporal pretende a regulação imediata do equilíbrio pretendido entre a procura e a oferta.
 - b. A segunda série temporal tem como objectivo a consideração pela estabilidade das instituições, especificamente no que respeita ao corpo docente.
 - c. A terceira série temporal é mista, pois pretende ser a combinação entre a primeira e segunda série temporal.
2. Como alínea final do ponto 4, pretendeu-se equacionar a influência das variações demográficas na procura prevista para 2030, pelo painel de dados de origem internacional.

2. Resultados

2.1. Definição da oferta

Para este trabalho, a oferta foi constituída pressupondo três opções: o número de vagas, o número de graduados e o número de fisioterapeutas com licença profissional. Nas alíneas seguintes, segue-se a descrição do decurso de decisão.

2.1.1. Número de vagas e número de graduados

O GPEARI é o organismo que o autor identificou como a fonte de eleição para a identificação do número de vagas disponibilizadas pelos estabelecimentos de ensino superior. O Quadro 34 identifica o número de vagas afixadas por ano, e o respectivo número acumulado. Os dados disponíveis não contemplam as vagas disponibilizadas por concursos especiais nem referem a taxa de ocupação das vagas. Aceita-se que a exclusão da contagem das vagas extraordinárias é compensada pelo insucesso na graduação do curso de fisioterapia, cuja taxa Amaral (2002) estima ser de 10%.

Quadro 34 - Número de vagas para o curso de 1994/95 a 2009/10.

Ano lectivo	N.º vagas	N.º vagas acumuladas
1994	114	114
1995	93	207
1996	115	322
1997	206	528
1998	182	710
1999	199	909
2000	282	1191
2001	391	1582
2002	602	2184
2003	723	2907
2004	762	3669
2005	778	4447
2006	792	5239
2007	847	6086
2008	917	7003
*2009	958	7961

Nota: Dados relativos a 2009/10 não publicados.

Fonte: GPEARI (2009).

A fonte seleccionada para identificar o número de graduados foi novamente a do GPEARI. No processo de análise dos dados, a partir do ano 1999/2000, identificou-se uma anomalia. Desde esse ano, que corresponde ao primeiro ano de graduação de licenciados em fisioterapia, existe duplicação do número de graduados. Portanto, no mesmo ano, foram contabilizados os graduados do bacharelato e da licenciatura bi-etápica. Portanto, os alunos licenciados, já tinham sido contabilizados em 1998/99 como bacharéis. Assim, os que foram bacharéis em 1999/2000, entram na contagem novamente como licenciados em 2000/01, e assim sucessivamente (Quadro 35). Deste modo excluíram-se os dados disponíveis relativos aos graduados, tendo-se considerado o número de “graduados estimados”, partindo do número de vagas.

Quadro 35 - Número de graduados de 1995/96 a 2007/8.

Ano	N.º licenciados	N.º bachareis	Total
1995		99	99
1996		129	129
1997		103	103
1998		119	119
1999	152	175	327
2000	361	45	406
2001	356	58	414
2002	496	57	553
2003	710	53	763
2004	972	57	1029
2005	1206	43	1249
2006	1324		1324
2007	1423		1423
Total	7000	938	7938

Fonte: GPEARI (2008).

O Quadro 36 expõe o número de vagas, o número de graduados estimados e respectiva contagem acumulada por ano. Determinou-se que pelo facto de o ano lectivo de 1994/95 ser determinado pelo ano 1994 e pelo facto de a cédula profissional não ser de emissão automática após emissão da certidão curricular, que os fisioterapeutas estão legalmente habilitados para exercer, por arredondamento à unidade, 1 ano depois. Assim, um aluno que fosse admitido no curso com a duração de 3 anos em Setembro de 1994, estaria apto a trabalhar a 1 de Janeiro de 1998. Portanto, para entrarem na contagem de “graduados estimados”, implica 6 meses de espera para quem acaba o curso a 1 de Julho e 3 meses de espera para quem acaba a 30 de Setembro. Assim, caso todas as vagas fossem preenchidas e caso todos os

alunos graduassem mantendo a taxa de reprovação no zero¹⁵², o número de graduados estimados até 2014 será 7961. Registe-se que nesta contagem de graduados estimados, não estão incluídos os fisioterapeutas que entraram no curso antes de 1994.

Quadro 36 - N.º de vagas por ano lectivo e respectivo cálculo dos “graduados estimados”.

Ano lectivo	N.º vagas	N.º vagas acumuladas	*N.º graduados estimados	*N.º graduados estimados acumulados
1994	114	114		
1995	93	207		
1996	115	322		
1997	206	528		
1998	182	710	114	114
1999	199	909	93	207
2000	282	1191	0	207
2001	391	1582	115	322
2002	602	2184	206	528
2003	723	2907	182	710
2004	762	3669	199	909
2005	778	4447	282	1191
2006	792	5239	391	1582
2007	847	6086	602	2184
2008	917	7003	723	2907
2009	958	7961	762	3669
2010			778	4447
2011			792	5239
2012			847	6086
2013			917	7003
2014			958	7961

Fonte: GPEARI (2004), GPEARI (2009).

Notas: Os anos de graduação não correspondem aos da fonte. Cálculos efectuados pelo autor assinalados com (*).

2.1.2. Número de fisioterapeutas existentes em Portugal e estrutura etária

Neste trabalho, o número de fisioterapeutas existentes foi definido pelo número de cédulas profissionais emitidas até à data. Apenas estes fisioterapeutas reúnem os requisitos legais para exercer a função de fisioterapeuta em território nacional. O

152 Nota: Como já foi referido anteriormente, foram excluídas da contagem as vagas extraordinárias que por convenção neste trabalho, será relativamente equivalente à taxa de insucesso para o curso de fisioterapia.

registo do número de fisioterapeutas e dos restantes Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDTs) é da responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Dado a restrição apresentada pelo site, recorreu-se ao contacto directo com a ACSS para a obtenção dos dados pretendidos. O Quadro 37 mostra o número de cédulas profissionais emitidas acumuladas por ano. Até 1 de Janeiro de 2009, existiam 5021 fisioterapeutas legalmente habilitados para exercer a função de fisioterapeuta em território nacional.

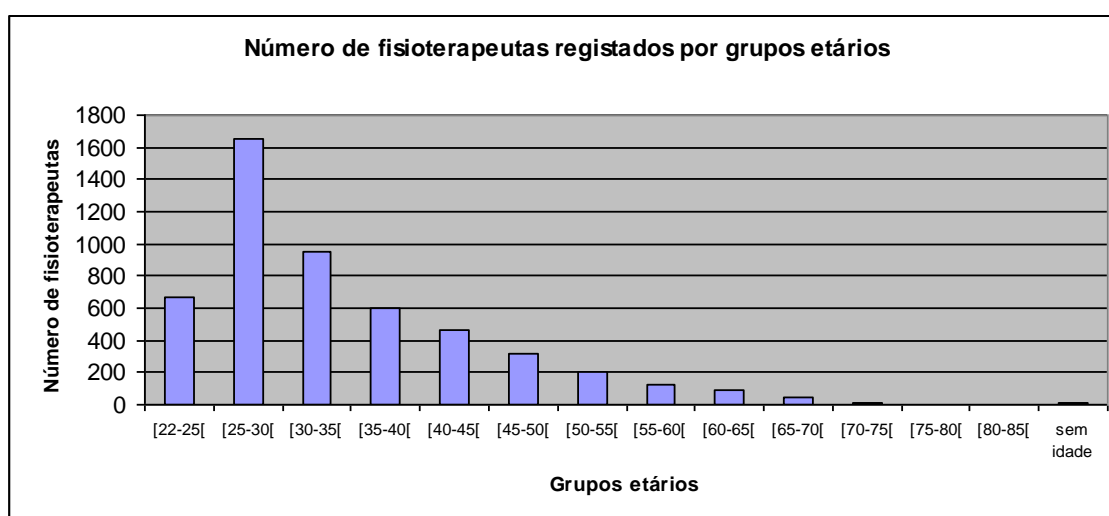
Quadro 37 - Número de cédulas profissionais emitidas por ano acumuladas.

Ano	N.º cédulas
2002	145
2003	1741
2004	1963
2005	2163
2006	2263
2007	3283
2008	4101
2009	5021

Nota: O ano é referente a 1 de Janeiro ou a 31 de Dezembro do anterior (p.e. o ano 2002 é igual a 31 de Dezembro de 2001). Fonte: ACSS - Dados não publicados cedidos por Dr. Nuno Arraiolos e Dra. Rosa Ribeiro (05.02.2009).

Após estratificação das datas de nascimento dos registos dos fisioterapeutas, efectuou-se o agrupamento das idades por grupos etários como consta no Gráfico 13. Verificou-se que os fisioterapeutas são jovens, sendo o grupo etário mais frequente o dos “25 aos 29 anos”, representando aproximadamente 33% do número total dos fisioterapeutas registados. A média de idades dos fisioterapeutas registados com idade até aos 65 é de 33,31 anos.

Gráfico 13- Número de Fisioterapeutas registados até 1.1.2009 por grupos etários.



Nota: Dados não publicados cedidos a 05.02.2009, por Dr. Nuno Arraiolos e Dra. Rosa Ribeiro (ACSS).

2.1.3. Desemprego dos fisioterapeutas

A publicação dos dados do desemprego entre os fisioterapeutas tem registo apenas desde o segundo semestre de 2007. Apesar de pouca representatividade da amostra, verifica-se uma tendência crescente entre os dois anos de registos existentes (Quadro 38). Existe uma maior proporção de desempregados no segundo semestre do que no primeiro que se pode justificar pela aproximação da leitura dos dados do desemprego do segundo semestre com o fim do ano lectivo. Pelo facto de não se saber o tempo que os fisioterapeutas estão inscritos no centro de emprego, não se pode afirmar se existe desemprego de curta ou de longa duração. Portanto não se pode afirmar se existe desemprego efectivo ou se estes números se referem apenas ao tempo que os fisioterapeutas demoram a ser absorvidos pelo mercado de trabalho. Por esta razão, estes dados não foram incluídos no modelo de decisão.

Quadro 38 - Número de desempregados por semestre de 2007 a 2009.

Semestre	N.º fisioterapeutas desempregados
Dez. 2007	219
Jun. 2008	199
Dez. 2008	269
Jun. 2009	235

Fonte: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009).

2.1.4. Reformas dos fisioterapeutas estimadas por ano

Tendo por base as datas de nascimento dos fisioterapeutas registados, calculou-se o ritmo de reformas por ano, tendo como referência os 65 anos de idade como a idade geral de reforma. Os reformados previstos e os números de desemprego disponíveis encontram-se no Quadro 39. Nos 38 anos expostos no quadro, prevê-se que se reformem 855 fisioterapeutas, implicando uma média aritmética de reforma de 22,5 fisioterapeutas/ano.

Quadro 39 - N.º de vagas por ano, graduados estimados e previsão do número de reformados por ano.

Ano lectivo	N.º vagas	N.º graduados estimados	N.º previsto de reformas
1994	114		0
1995	93		0
1996	115		2
1997	206		0
1998	182	114	2
1999	199	207	1
2000	282	207	0
2001	391	322	1
2002	602	528	0
2003	723	710	5
2004	762	909	2
2005	778	1191	6
2006	792	1582	5
2007	847	2184	8
2008	917	2907	11
2009	958	3669	11
2010		4447	11
2011		5239	13
2012		6086	18
2013		7003	29
2014		7961	15
2015			9
2016			23
2017			23
2018			26
2019			38
2020			24
2021			34
2022			45
2023			41
2024			56
2025			53
2026			56
2027			63
2028			68
2029			75
2030			81

Nota: existem apenas 2 anos de dados disponíveis relativamente ao número de desempregados.

2.1.5. Operacionalização da fórmula da oferta

Tendo por base a fórmula $S_{Ft+1} = S_{Ft} + E_t - R_t$, procedeu-se à sua operacionalização, obtendo-se os resultados expostos no Quadro 40. O número obtido para a oferta (S_{Ft}) para 2009 é inferior ao real, pois não foi possível obter os dados do número de vagas anterior a 1994. Porém, pela análise das datas de nascimento, verifica-se a existência de aproximadamente 1600 fisioterapeutas que devem ter acedido à profissão antes da sua integração no ensino superior. Este número também inclui os fisioterapeutas registados que obtiveram equivalência atribuída pela experiência profissional, sem terem acedido a um curso oficial. Somando estes números obtém-se 5258 fisioterapeutas o que corresponde aproximadamente ao número de fisioterapeutas registados a 1 de Janeiro de 2009 (5021 fisioterapeutas). Pelo facto de não se ter a certeza do número real de graduados, tal como por não se saber quantos graduados efectivamente exercem, optou-se pela utilização da estatística do número de cédulas emitidas para quantificar a oferta (S_{Ft}), pois é este o número de fisioterapeutas que reúne os requisitos legais para exercer em território nacional.

Quadro 40 - N.º de vagas, graduados estimados, previsão do número de reformados e oferta de graduados e de fisioterapeutas por ano.

Ano lectivo	N.º vagas	Graduados estimados	N.º previsto de reformas	Oferta de graduados	Oferta de Fisioterapeutas (S_{Ft})
1994	114		0		
1995	93		0		
1996	115		2		
1997	206		0		
1998	182	114	2	112	
1999	199	207	1	206	
2000	282	207	0	207	
2001	391	322	1	321	
2002	602	528	0	528	145
2003	723	710	5	705	1736
2004	762	909	2	907	1961
2005	778	1191	6	1185	2157
2006	792	1582	5	1577	2258
2007	847	2184	8	2176	3275
2008	917	2907	11	2896	4090
2009	958	3669	11	3658	5010

2.2. Definição da procura

2.2.1. Identificação do número de fisioterapeutas por ano a nível internacional

A recolha de dados internacionais teve o seu início em pesquisas na internet, recorrendo-se a sites institucionais da profissão a nível internacional, a nível de revistas, entre outros. Não se tendo conseguido obter todos os dados pretendidos, estabeleceu-se contacto com as Associações profissionais dos fisioterapeutas registadas na WCPT. Das 100¹⁵³ associações contactadas, responderam 32 (32%). Das 32 associações, foram excluídas 24 por diversas razões. A maioria pelo facto de não possuírem um registo anual sistematizado dos profissionais existentes. Em algumas situações, remeteram o contacto estabelecido para outros organismos responsáveis pela manutenção da base de dados dos registos de fisioterapeutas. As respostas foram diversificadas. Alguns organismos reponderam com a indicação dos números pretendidos, outros reconheceram a ausência dos dados pedidos e outros não responderam. Os países que foram incluídos no estudo são 8 (Nova Zelândia, Bélgica, Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido, Suécia, Alemanha e África do Sul) o que constitui 8% da amostra. Com Portugal, constitui 9% da amostragem.

2.2.2. Identificação do número de fisioterapeutas por ano a nível internacional

Numa fase inicial, os dados respeitantes a cada país foram tratados individualmente. O Quadro 41 exemplifica os primeiros cálculos efectuados com os dados obtidos para Portugal. Foram calculados para cada ano de dados disponíveis, o rácio fisioterapeutas por 1000 habitantes, o rácio fisioterapeutas por 1000 habitantes no meio do intervalo e a taxa de crescimento.

153 Ao total são 101 associações. Portugal não foi incluído nesta listagem porque neste estudo, Portugal não está contemplado na recolha de dados internacionais.

Quadro 41 - Cálculos efectuados com dados obtidos para Portugal.

Ano	N.º Registos Fts	População fim ano	φ	φ'	$g_{t,t+1}$
2002	145	10 404 436	0,014	0,048	3,164
2003	1741	10 471 456	0,166	0,176	0,115
2004	1963	10 525 474	0,186	0,195	0,093
2005	2163	10 563 490	0,205	0,209	0,043
2006	2263	10 591 991	0,214	0,257	0,372
2007	3283	10 612 998	0,309	0,346	0,222
2008	4101	10 622 500	0,386	0,427	0,203
2009	5021	10 622 500	0,473		

Nota: Ano a 1 Janeiro = ano anterior a 31 de Dezembro

Onde:

φ : rácio fisioterapeutas por 1 000 habitantes.

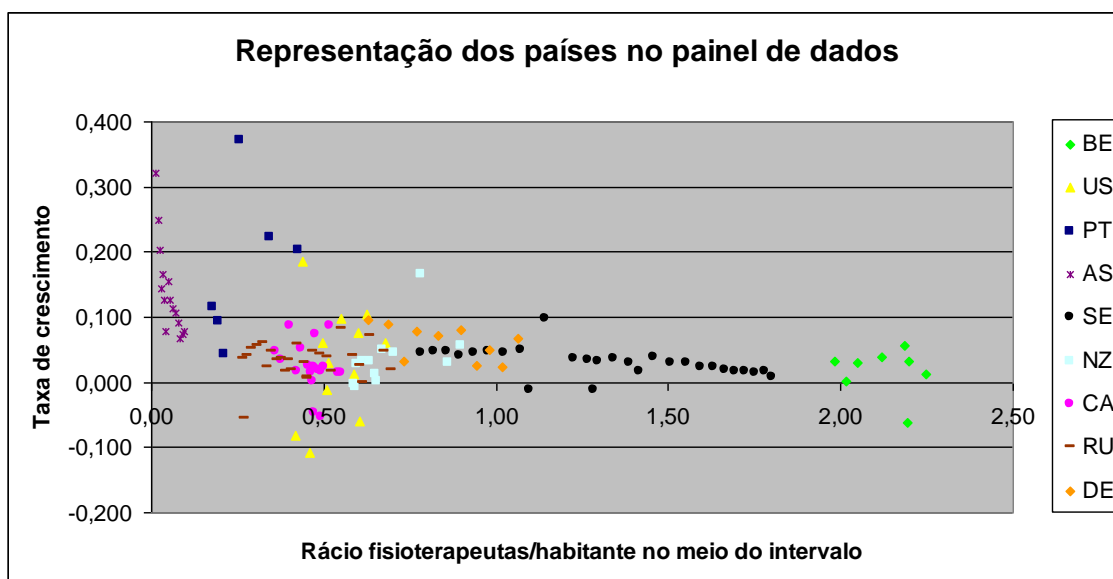
φ' : rácio fisioterapeutas por 1 000 habitantes ao meio do intervalo.

$g_{t,t+1}$: taxa de crescimento.

Procedeu-se de forma igual com os restantes países África do Sul (AS); Bélgica (BE); Estados Unidos da América (EUA); Suécia (SE); Nova Zelândia (NZ); Canadá (CA), Reino Unido (RU); Alemanha (DE).

O Gráfico 14 representa os rácios obtidos pelos dados de todos os países que integram o estudo.

Gráfico 14- Representação dos rácios (fisioterapeutas/1000 habitantes) dos países que integram o estudo.



Legenda:

Portugal (PT); África do Sul (AS); Bélgica (BE); Estados Unidos da América (EUA); Suécia (SE); Nova Zelândia (NZ); Canadá (CA), Reino Unido (RU); Alemanha (DE).

2.3. Conceptualização do modelo

2.3.1. Cálculo do rácio de saturação (φ_s)

As rectas apresentadas no Quadro 42 foram calculadas em FORTRAN partindo do painel de dados reunidos dos países que integram o estudo.

Quadro 42 - Resultados das rectas calculadas para cada país.

Pais	b	Intercepção na origem
Portugal (PT)	- 0,0730	0,0606
África do Sul (AS)	- 0,0739	0,0238
Bélgica (BE)	- 0,0434	0,0620
Estados Unidos da América (EUA)	- 0,0151	0,0391
Suécia (SE)	- 0,0254	0,0658
Nova Zelândia (NZ)	- 0,0185	0,0480
Canadá (CA)	- 0,0118	0,0307
Reino Unido (RU)	- 0,0158	0,0411
Alemanha (DE)	- 0,0361	0,0936

2.3.2. Operacionalização do modelo de previsão

Aplicou-se a fórmula desenvolvida para o modelo de previsão aos dados dos países.

$$\varphi_{it} = \frac{\varphi_s}{1 + ke^{-ait}}$$

Obtiveram-se os resultados apresentados no Quadro 43. Os resultados demonstraram que se espera um crescimento positivo de todos os países. No Apêndice 6 encontram-se rácios calculados baseados em dados não publicados fornecidos pela WCPT.

Quadro 43 - Cálculo do rácio fisioterapeutas/1000 habitantes para os países integrados no estudo.

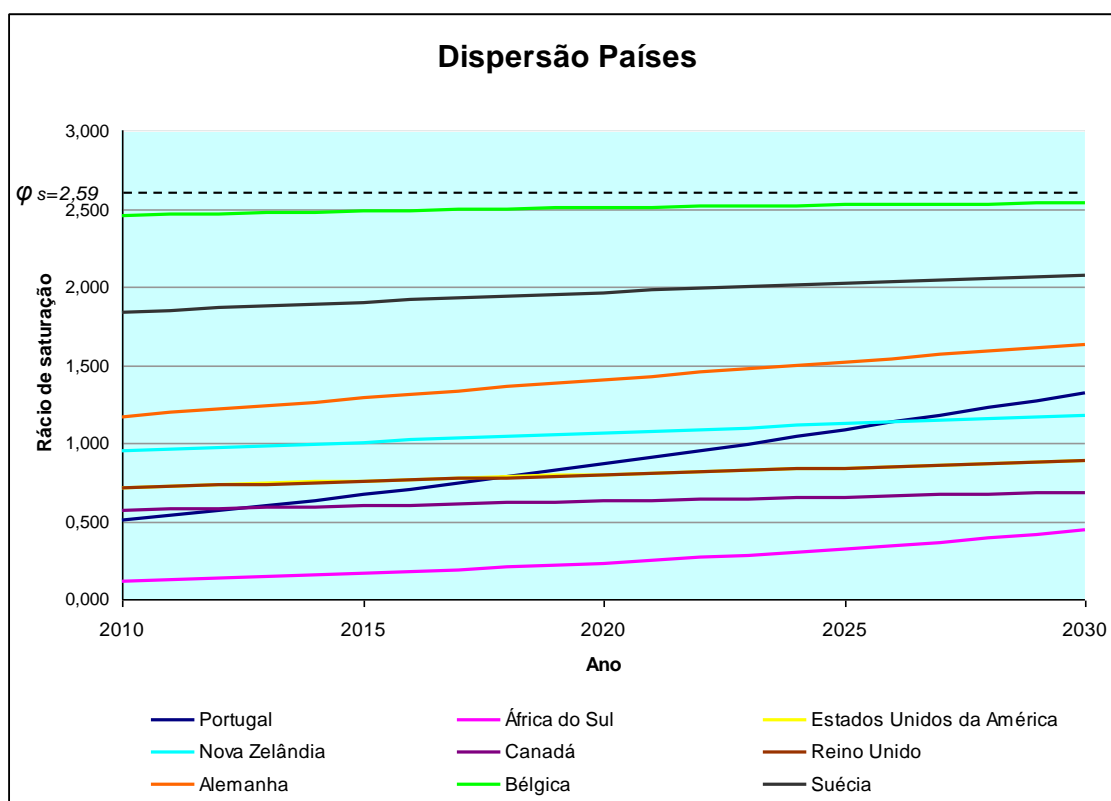
Ano (t)	φ PT	φ AS	φ BE	φ USA	φ NZ	φ CA	φ RU	φ DE	φ SE
2003	0,33	0,07	2,41	0,66	0,87	0,53	0,66	1,01	1,74
2004	0,35	0,08	2,42	0,67	0,88	0,54	0,66	1,03	1,75
2005	0,37	0,08	2,43	0,68	0,89	0,54	0,67	1,05	1,77
2006	0,39	0,09	2,43	0,69	0,9	0,55	0,68	1,08	1,78
2007	0,42	0,09	2,44	0,69	0,91	0,56	0,69	1,10	1,79
2008	0,45	0,1	2,45	0,7	0,93	0,56	0,69	1,12	1,81
2009	0,47	0,11	2,45	0,71	0,94	0,57	0,70	1,15	1,82
2010	0,5	0,12	2,46	0,72	0,95	0,57	0,71	1,17	1,84
2011	0,53	0,12	2,46	0,72	0,96	0,58	0,72	1,19	1,85
2012	0,56	0,13	2,47	0,73	0,97	0,58	0,73	1,22	1,86
2013	0,6	0,14	2,47	0,74	0,98	0,59	0,74	1,24	1,88
2014	0,63	0,15	2,48	0,75	0,99	0,59	0,74	1,26	1,89
2015	0,67	0,16	2,48	0,76	1	0,60	0,75	1,29	1,90
2016	0,7	0,18	2,49	0,76	1,02	0,60	0,76	1,31	1,91
2017	0,74	0,19	2,49	0,77	1,03	0,61	0,77	1,33	1,93
2018	0,78	0,2	2,5	0,78	1,04	0,61	0,78	1,36	1,94
2019	0,82	0,22	2,5	0,79	1,05	0,62	0,79	1,38	1,95
2020	0,86	0,23	2,5	0,8	1,06	0,63	0,80	1,40	1,96
2021	0,9	0,25	2,51	0,81	1,07	0,63	0,80	1,43	1,98
2022	0,95	0,26	2,51	0,81	1,09	0,64	0,81	1,45	1,99
2023	0,99	0,28	2,51	0,82	1,1	0,64	0,82	1,47	2,00
2024	1,04	0,3	2,52	0,83	1,11	0,65	0,83	1,50	2,01
2025	1,08	0,32	2,52	0,84	1,12	0,65	0,84	1,52	2,02
2026	1,13	0,34	2,52	0,85	1,13	0,66	0,85	1,54	2,03
2027	1,18	0,37	2,53	0,86	1,14	0,67	0,86	1,56	2,04
2028	1,22	0,39	2,53	0,87	1,16	0,67	0,87	1,59	2,06
2029	1,27	0,41	2,53	0,87	1,17	0,68	0,88	1,61	2,07
2030	1,32	0,44	2,53	0,88	1,18	0,68	0,89	1,63	2,08

Legenda:

Portugal (PT); África do Sul (AS); Bélgica (BE); Estados Unidos da América (EUA); Suécia (SE); Nova Zelândia (NZ); Canadá (CA), Reino Unido (RU); Alemanha (DE).

O Quadro 43 e o Gráfico 15, permitem visualizar os diferentes estados de desenvolvimento previstos com este modelo. Lembra-se que o modelo prevê que todos os países têm um ponto de saturação comum, porém atingem-no a velocidades diferentes. O país que apresenta uma maior previsão de crescimento é Portugal (a azul). A Bélgica é o país mais próximo do rácio de saturação e também é o país que apresenta menor crescimento. Note-se que os rácios do Reino Unido e dos Estados Unidos da América são extremamente semelhantes.

Gráfico 15 - Previsão internacional do desenvolvimento do rácio por fisioterapeutas/1000 habitantes para os países integrados no estudo de até 2030.



2.3.3. Cálculo do número de fisioterapeutas previstos serem necessários

Após o cálculo do rácio previsto para os países que integram o estudo efectuou-se o cálculo dos fisioterapeutas que se prevê serem necessários para satisfazer a procura. A população foi calculada com base nas projecções da população mundial da OECD (2009). A população prevista para cada ano foi calculada por interpolação linear, pois os dados de origem apresentam a população estimada a 1 de Julho do respectivo ano. O Quadro 44, mostra os fisioterapeutas que se prevêem necessários para satisfazer as necessidades da população nacional. Como seria de se prever pela análise do aumento do rácio previsto pelo modelo, Portugal regista um dos maiores incrementos do número total de fisioterapeutas previstos de 2010 a 2030. Prevê-se um crescimento de 153% de fisioterapeutas durante os 20 anos. Este incremento poderia ser maior se Portugal registasse um crescimento da população total no mesmo período. Na verdade, a população total decresce 3,7% de 2010 a 2030. Esta tendência da diminuição da população total regista-se também na Alemanha, onde se prevê uma quebra de 1,7%.

Quadro 44 - Número de fisioterapeutas previstos pelo modelo Portugal de 2010 a 2030.

Ano (t)	Rácio Portugal	Pop. OECD	N.º Fisioterapeutas
2010	0,50	10 625 500	5329
2011	0,53	10 625 500	5650
2012	0,56	10 623 000	5984
2013	0,60	10 617 499	6330
2014	0,63	10 609 499	6687
2015	0,67	10 598 998	7057
2016	0,70	10 585 998	7438
2017	0,74	10 570 997	7829
2018	0,78	10 553 496	8230
2019	0,82	10 533 495	8640
2020	0,86	10 511 994	9058
2021	0,90	10 488 993	9484
2022	0,95	10 464 493	9917
2023	0,99	10 438 491	10355
2024	1,04	10 411 491	10798
2025	1,08	10 383 991	11245
2026	1,13	10 355 490	11693
2027	1,18	10 326 490	12143
2028	1,22	10 297 490	12594
2029	1,27	10 267 488	13043
2030	1,32	10 236 989	13489

O mesmo cálculo foi efectuado para os restantes países que integram o estudo. O Quadro 45 e o Gráfico 16 mostram os resultados obtidos para o número de fisioterapeutas previstos por ano até 2030. O maior incremento de todos os países que integram o estudo pertence à África do Sul, que regista uma subida do número total de fisioterapeutas em 613%. Neste caso específico a população¹⁵⁴ aumenta 11,3%. O país que assinala o terceiro maior incremento é os Estados Unidos da América. A particularidade não assenta apenas no aumento do rácio previsto. O aumento do número total de fisioterapeutas é de 66%. A população porém, aumenta 25%. Este aumento equivale a um incremento da população total de 3,62 milhões de habitantes por ano.

154 Ver Apêndice 2.

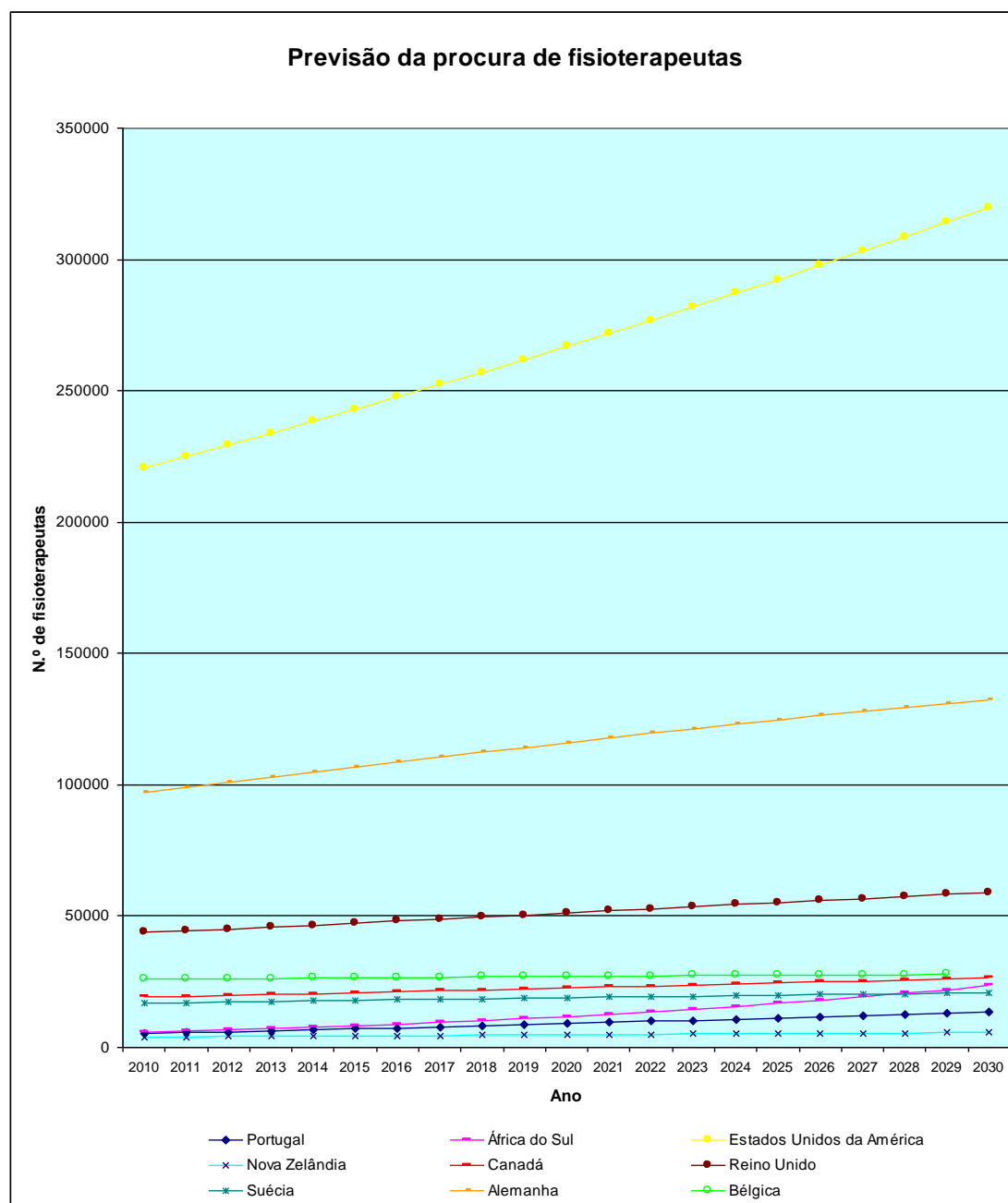
Quadro 45 - Número de fisioterapeutas previstos pelo modelo para os países que integram o estudo.

Ano (t)	África do Sul (D)	Bélgica (D)	Estados Unidos da América (D)	Nova Zelândia (D)	Canadá (D)	Reino Unido (D)	Alemanha (D)	Suécia (D)
2003	3286	24982	192182	3462	16859	38939	83330	15525
2004	3567	25163	196232	3559	17185	39575	85188	15715
2005	3867	25360	200347	3643	17516	40271	87012	15908
2006	4186	25483	204553	3723	17855	40997	88972	16107
2007	4526	25565	208285	3794	18167	41731	91000	16315
2008	4887	25693	212000	3862	18469	42392	92947	16519
2009	5273	25818	216237	3940	18795	43017	94897	16717
2010	5685	25938	220524	4020	19125	43705	96849	16915
2011	6127	26055	224866	4100	19458	44404	98800	17112
2012	6600	26170	229271	4180	19795	45113	100748	17309
2013	7106	26284	233745	4261	20137	45834	102694	17508
2014	7649	26395	238284	4341	20482	46565	104634	17706
2015	8230	26503	242885	4422	20832	47306	106564	17907
2016	8853	26610	247546	4503	21186	48057	108483	18109
2017	9521	26715	252265	4584	21545	48818	110387	18311
2018	10236	26817	257042	4666	21907	49588	112274	18515
2019	11001	26917	261874	4749	22272	50365	114140	18718
2020	11819	27016	266763	4832	22641	51148	115977	18922
2021	12690	27114	271714	4915	23013	51937	117779	19126
2022	13619	27209	276737	5000	23387	52729	119547	19328
2023	14609	27300	281838	5084	23764	53524	121281	19527
2024	15661	27388	287018	5169	24143	54321	122976	19725
2025	16779	27474	292280	5254	24523	55119	124632	19917
2026	17965	27556	297622	5340	24905	55916	126244	20106
2027	19220	27634	303044	5425	25288	56711	127811	20290
2028	20548	27709	308545	5510	25671	57504	129331	20468
2029	21950	27779	314129	5595	26054	58294	130805	20642
2030	23428	27843	319799	5679	26437	59080	132232	20810

Nota: (D): Demand = procura

O Gráfico 16 ilustra a previsão da procura de fisioterapeutas prevista para os países que integram o estudo. Destacam-se os Estados Unidos da América, Alemanha e Reino Unido pela dimensão da respectiva população. Prevêem-se serem necessários em 2030 aproximadamente 320 mil, 132 mil e 59 mil fisioterapeutas, respectivamente para cada país.

Gráfico 16 - Número de fisioterapeutas previstos pelo modelo para todos os países incluídos no estudo de 2010 a 2030.

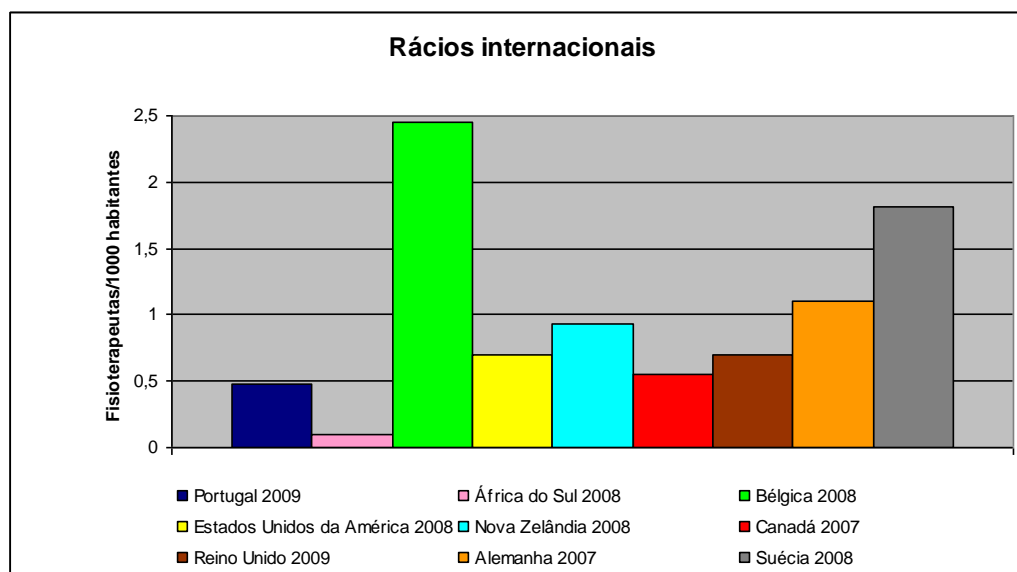


Os rácios fisioterapeutas/1000 habitantes¹⁵⁵ calculados com os últimos dados obtidos dos países que integram o estudo estão representados no Gráfico 17. A Bélgica regista o rácio mais alto dos países que integram o estudo. Países como a

155 Visualização gráfica do rácio estimado “habitantes por fisioterapeuta” para o ano 2010 no Apêndice 8.

Noruega e a Finlândia¹⁵⁶ apresentam rácios também altos. A Noruega registou um rácio de 2,53 em 2008 e a Finlândia 2,49 fisioterapeutas por 1000 habitantes¹⁵⁷.

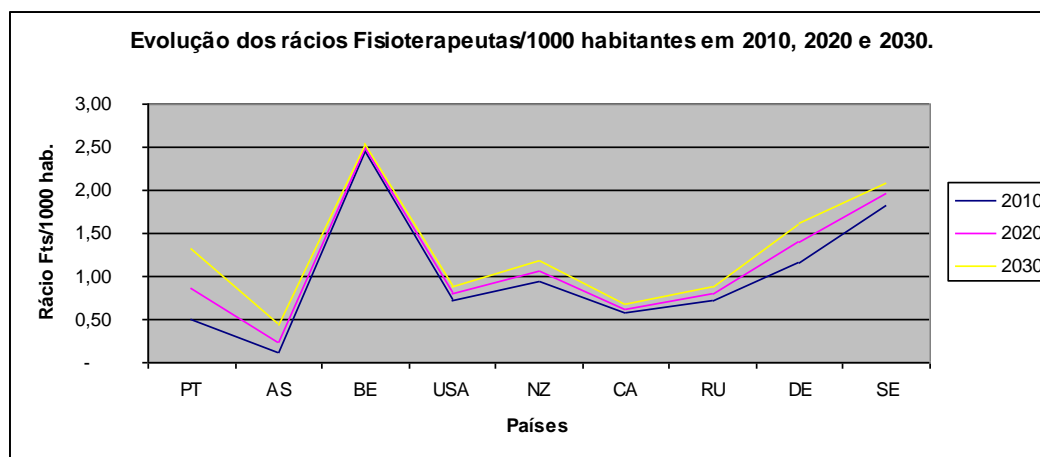
Gráfico 17 - Rácios fisioterapeutas por 1000 habitantes “reais” a nível internacional.



Nota: Ano referente a dia 1 de Janeiro.

O Gráfico 18 apresenta a evolução dos rácios¹⁵⁸ dos países que integram o estudo em 2010 (azul), 2020 (rosa) e 2030 (amarelo). A maior variação observada incide sobre Portugal, África do Sul e Alemanha.

Gráfico 18 - Rácio fisioterapeutas por 1000 habitantes em 2010, 2020 e 2030 dos países incluídos no estudo.



156 A Noruega e a Finlândia foram excluídos do estudo por não ter sido possível obter um número considerável de dados que pudessem contribuir para o painel de dados. Ver Apêndice 9.

157 Dados não publicados.

158 Gráfico com evolução dos rácios habitantes por fisioterapeuta em 2010, 2020 e 2030 no Apêndice 10.

2.4. Caracterização da intensidade de uso por grupos etários da população utente do serviço de fisioterapia

Para realizar a caracterização da população utente do serviço de fisioterapia houve necessidade de se recorrer directamente às instituições prestadoras, dado não existir qualquer registo a nível nacional sobre esta matéria. O contacto com as instituições foi efectuado via e-mail e via fax, tendo sido dirigido directamente à administração de cada instituição, pública e privada. A selecção das instituições públicas e privadas foi efectuada de forma aleatória tendo sido inicialmente separada pelas 5 sub-regiões de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

2.4.1. *Mediadoras de cuidados de saúde*

Os pedidos de autorização de cedência de dados às mediadoras de cuidados de saúde onde estão englobados os sub-sistemas de saúde mais conhecidos como a ADSE¹⁵⁹ e ARS não foram bem sucedidos. Apesar de haver uma resposta ao pedido de autorização, não foram fornecidos os dados pedidos. Portanto, não foram obtidos dados que pudessem integrar o estudo (ver Apêndice 6).

2.4.2. *Hospitais privados*

Os pedidos de autorização de cedência de dados aos hospitais privados também não foram bem sucedidos tendo havido apenas uma resposta em 10 ao pedido de autorização de cedência de dados. No entanto, a única resposta ao pedido foi negativa, atribuindo a negação de cedência de dados à política interna do hospital (ver Apêndice 6).

159 Direcção-geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública.

2.4.3. Clínicas

De modo semelhante decorreu a recolha dos dados das clínicas privadas. Apenas foram obtidos dados de uma clínica que possui dois locais de prestação situados no Baixo Vouga e no Baixo Mondego. Expõe-se apenas o registo dos dados, pois devido a não ser representativo para o grupo, também foi excluído dos cálculos efectuados nesta secção do trabalho.

Quadro 46 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Peroneo Centro Terapêutico Lda. (Arazede e Anadia) por grupo etário.

Peroneo Centro Terapêutico		
Grupo etário	Utentes	%
menos de 1 ano	4	0,3
1 aos 4 anos	8	0,5
5 aos 9 anos	15	1,0
10 aos 14 anos	27	1,7
15 aos 24 anos	157	10,2
25 aos 44 anos	486	31,5
45 aos 64 anos	487	31,5
65 aos 74 anos	212	13,7
mais de 65 anos	148	9,6
Total	1544	100

Quadro 47 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Peroneo Centro Terapêutico Lda. (Arazede e Anadia) por grupo etário (por ciclos de vida).

Peroneo Centro Terapêutico		
Grupo etário	Utentes	%
0 aos 14 anos	54	3,5
15 aos 24 anos	157	10,2
25 aos 64 anos	973	63,0
mais de 65 anos	360	23,3
Total	1544	100

Abaixo apresenta-se o Quadro 48 que resume as respostas obtidas dos três grupos, mediadoras de saúde, hospitais privados e clínicas com serviço de fisioterapia.

Quadro 48 - Resumo das respostas obtidas das mediadoras de cuidados de saúde, hospitais privados e clínicas.

Instituições	Inquiridas	Respostas positivas	Índice de resposta (%)
Mediadoras de saúde	6	0	0
Hospitais privados	10	0	0
Clínicas	17	1	6

Obeve-se apenas uma resposta positiva com aproveitamento dos dados fornecidos para 2 regiões NUTS II de Portugal Continental no entanto não integraram os cálculos por não ser representativo do grupo “clínicas”.

2.4.4. Hospitais públicos

A resposta aos pedidos de autorização enviados aos hospitais públicos foram positivas. O Quadro 49 resume os resultados.

Quadro 49 - Resumo das respostas obtidas das instituições públicas.

Instituições	Inquiridas	Respostas positivas	Índice de resposta (%)
Centros hospitalares	13	6	46
Hospitais	13	6	46
Unidades de saúde locais	2	1	50
Centros de Medicina Física e Reabilitação	2	2	100

Apesar de terem sido incluídas no estudo apenas 10 de 28 instituições contactadas em Portugal Continental (36%), foi possível obter dados de instituições em todas regiões NUTS II.

i. Localização das instituições

As instituições que responderam com dados possíveis de incluir no estudo foram:

Sub-região Norte: 8 hospitais.

Hospital de S. Marcos - (Braga) - 2. *Cávado*.

Centro Hospitalar do Alto Ave E.P.E (Unidade de Fafe e Hospital de Guimarães).
Ave 3.

Centro Hospitalar do Médio Ave E.P.E. (Unidade de St. Tirso¹⁶⁰ e Unidade de Famalicão – Vila Nova de Famalicão) - 3/4. *Ave / Grande Porto*.

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E. (Hospital Eduardo dos Santos Silva (Unidade I) e Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II) e Hospital da Nossa Senhora da Ajuda – Espinho (Unidade III)) - 4. *Grande Porto*.

¹⁶⁰ Aqui apresentado, no entanto foi excluído dos cálculos dado apresentar a falta de um grupo etário.

Sub-região Centro: 5 hospitais e 1 Centro de Medicina Física e Reabilitação.

Hospital Infante D. Pedro E.P.E - Aveiro - 9. *Baixo Vouga*.

Hospital Distrital de Águeda S.P.A. - 9. *Baixo Vouga*.

Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, S.P.A. –
Tocha - 10. *Baixo Mondego*.

Hospitais da Universidade de Coimbra E.P.E. - 10. *Baixo Mondego*.

Hospital São Teotónio, E.P.E. –Viseu - 14. *Dão-Lafões*.

Sub-região Lisboa e Vale do Tejo: 4 hospitais.

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental E.P.E. - Hospital S. Francisco Xavier - Lisboa,
Hospital de Santa Cruz – Carnaxide e Hospital Egas Moniz –Lisboa - 20. *Grande Lisboa*.

Hospital Distrital de Santarém E.P.E. - 23. *Lezíria do Tejo*.

Sub-região Alentejo: 2 hospitais.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (Hospital José Joaquim
Fernandes – Beja, Hospital de São Paulo - Serpa) - 27. *Baixo Alentejo*.

Sub-região Algarve: 2 hospitais

Centro Hospitalar Barlavento Algarvio (Unidade Hospitalar de Portimão Unidade
Hospitalar de Lagos) - 28. *Algarve*.

ii. Selecção dos grupos etários e agrupamento dos dados

Durante o processo de recolha de informação, verificou-se que a acessibilidade dos dados variava consoante o tipo de software utilizado pelas instituições. As instituições que utilizam o programa SONHO, forneceram os dados disponíveis relativos a 2007 agrupados por idades e técnicas realizadas. As outras instituições forneceram os dados relativos aos utentes que frequentaram o serviço em 2007, agrupados por idades. Outro problema que surgiu foi a disponibilização dos dados em grupos etários já definidos pelo software de cada instituição, o que limitou a estratificação das idades em grupos etários mais reduzidos.

De forma a reunir os dados oriundos de todas as instituições procedeu-se à sua estandardização em grupos etários comuns¹⁶¹ e em grupos etários (por ciclos de vida). Pretendia-se conhecer o número de utentes de fisioterapia tal como o seu consumo (traduzido pelo número de técnicas)

Os resultados apresentados distinguem essencialmente 2 tipos de dados reunidos, utentes de fisioterapia e técnicas de fisioterapia, estratificados nos diferentes grupos etários possíveis (limitados pelos próprios programas de gestão).

Os grupos etários possíveis são: menos de 1 ano; 1 aos 4 anos; 5 aos 9 anos; 10 aos 14 anos; 15 aos 25 anos; 25 aos 44 anos; 45 aos 64 anos; 65 aos 74 anos; e mais de 75 anos. Ao lado de cada quadro com os grupos etários atrás referidos, elaborou-se outro quadro com os grupos etários hierarquizados por “ciclos de vida”, representados por grupos etários: 0 aos 14 anos; 15 aos 24 anos; 25 aos 64 anos; mais de 65. Esta forma de organização mais reduzida, porém menos sensível, permite uma leitura mais compreensível dos resultados apresentados.

Os resultados das respostas aos dados pedidos são apresentados por localização geográfica, hierarquizados por NUTS II e III¹⁶².

161 Dado que a maior parte dos dados foram cedidos por grupos etários diferentes entre as instituições, seleccionaram-se os que eram comuns a todas instituições.

162 A região NUTS II é numerada segundo o seu ordenamento a nível nacional.

iii. Apresentação dos resultados

Sub-região Norte: 8 hospitais.

2. Cávado: Hospital de S. Marcos - (Braga)

Quadro 50 - Número de técnicas consumidas no Hospital de S. Marcos por grupo etário.

Hospital de S. Marcos		
Grupo etário	Técnicas	%
menos de 1 ano	1351	1,7
1 aos 4 anos	1340	1,7
5 aos 9 anos	1705	2,1
10 aos 14 anos	1087	1,4
15 aos 24 anos	4977	6,2
25 aos 44 anos	14108	17,6
45 aos 64 anos	31855	39,8
65 aos 74 anos	13398	16,7
mais de 75 anos	10273	12,8
Total	80094	100

Quadro 51 - Número de técnicas consumidas Hospital de S. Marcos por grupo etário (por ciclos de vida).

Hospital de S. Marcos		
Grupo etário	Técnicas	%
0 aos 14 anos	5483	6,8
15 aos 24 anos	4977	6,2
25 aos 64 anos	45963	57,4
mais de 65 anos	23671	29,6
Total	80094	100

No Quadro 50, verifica-se que o maior consumo incide sobre o grupo etário “45 aos 64 anos”. Deste modo, no Quadro 51, o grupo etário “25 aos 64 anos” é o mais expressivo dos grupos etários.

3. Ave: Centro Hospitalar do Alto Ave E.P.E (Unidade de Fafe e Hospital de Guimarães)

Quadro 52- Número de técnicas consumidas no Hospital de Guimarães por grupo etário.

C.H. Alto Ave –Hospital de Guimarães		
Grupo etário	Técnicas	%
menos de 1 ano	1797	1,3
1 aos 4 anos	1753	1,3
5 aos 9 anos	1964	1,4
10 aos 14 anos	4654	3,3
15 aos 24 anos	8822	6,3
25 aos 44 anos	26716	19,1
45 aos 64 anos	48254	34,5
65 aos 74 anos	30253	21,7
mais de 75 anos	15480	11,1
Total	139693	100

Quadro 54 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Fafe por grupo etário.

C. H. Alto Ave - Unidade Fafe		
Grupo etário	Técnicas	%
menos de 1 ano	0	0,0
1 aos 4 anos	449	0,9
5 aos 9 anos	993	2,0
10 aos 14 anos	326	0,7
15 aos 24 anos	1381	2,8
25 aos 44 anos	7467	15,0
45 aos 64 anos	18090	36,3
65 aos 74 anos	12278	24,6
mais de 75 anos	8918	17,9
Total	49902	100

Quadro 53- Número de técnicas consumidas no Hospital de Guimarães por grupo etário (por ciclos de vida).

C.H. Alto Ave –Hospital de Guimarães		
Grupo etário	Técnicas	%
0 aos 14 anos	10168	7,3
15 aos 24 anos	8822	6,3
25 aos 64 anos	74970	53,7
mais de 65 anos	45733	32,7
Total	139693	100

Quadro 55 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Fafe por grupo etário (por ciclos de vida).

C. H. Alto Ave- Unidade de Fafe		
Grupo etário	Técnicas	%
0 aos 14 anos	1768	3,5
15 aos 24 anos	1381	2,8
25 aos 64 anos	25556	51,2
mais de 65 anos	21196	42,5
Total	49902	100

O Centro Hospitalar do Alto Ave E.P.E é dividido em duas unidades com localizações distintas, Unidade de Fafe e Hospital de Guimarães, porém ainda dentro do mesmo NUTS III. Apesar do consumo do Hospital de Guimarães ser quase o triplo do de Fafe, a representatividade do consumo aparenta ser semelhante. O grupo etário “25 aos 44 anos” é o que apresenta maior consumo entre as duas unidades. Quando se olha para os quadros organizadas por ciclos de vida, surgem algumas diferenças. Apesar de ainda ser o grupo etário “25 aos 64 anos” que apresenta o maior consumo, a Unidade de Fafe apresenta valores superiores de consumo para o grupo “mais de 65 anos”, enquanto que o Hospital de Guimarães apresenta um valor de consumo superior para o grupo “0 aos 14 anos”. Esta diferença poderá ser justificada pela existência de uma secção dedicada à fisioterapia em pediatria no Hospital de Guimarães. Por seu lado, na Unidade de Fafe, poderá existir um maior número de assistência aos idosos, comparativamente com o Hospital de Guimarães.

4/3. Grande Porto / Ave: Centro Hospitalar do Médio Ave (Unidade de Famalicão – Vila Nova de Famalicão e Unidade de St. Tirso)

Quadro 56 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário.

C.H.M.A. - Unidade de Famalicão		
Grupo etário	Técnicas	%
menos de 1 ano	1390	2,1
1 aos 4 anos	3738	5,5
5 aos 9 anos	2791	4,1
10 aos 14 anos	2066	3,1
15 aos 24 anos	2727	4,0
25 aos 44 anos	9971	14,8
45 aos 64 anos	24670	36,5
65 aos 74 anos	11090	16,4
mais de 75 anos	9127	13,5
Total	67570	100

Quadro 58 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário.

C.H.M.A. - Hospital St. Tirso		
Grupo etário	Técnicas	%
menos de 1 ano	1098	1,1
1 aos 4 anos	2883	2,9
5 aos 9 anos	1856	1,9
10 aos 14 anos	2033	2,0
15 aos 24 anos	3091	3,1
25 aos 44 anos	12801	12,8
45 aos 64 anos	61179	61,2
65 aos 74 anos	n/d	n/d0,0
mais de 75 anos	15070	15,1
Total	100011	100

Nota: Inexistência na fonte do grupo etário “65 aos 74 anos”.

Quadro 57 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário (por ciclos de vida).

C.H.M.A. - Unidade de Famalicão		
Grupo etário	Técnicas	%
0 aos 14 anos	9985	14,8
15 aos 24 anos	2727	4,0
25 aos 64 anos	34641	51,3
mais de 65 anos	20217	29,9
Total	67570	100

Quadro 59 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário (por ciclos de vida).

C.H.M.A. - Hospital St. Tirso		
Grupo etário	Técnicas	%
0 aos 14 anos	7870	8,0
15 aos 24 anos	3091	3,0
25 aos 64 anos	73980	74,0
mais de 75 anos	15070	15,0
Total	100011	100

Nota: Inexistência na fonte do grupo etário “65 aos 74 anos”.

O Centro Hospitalar do Médio Ave é também constituído por duas unidades, no entanto possuem localizações diferentes em NUTS III. A Unidade de Famalicão está situada em Vila Nova de Famalicão, pertencente ao Grande Porto e a Unidade de St. Tirso, em St. Tirso, situado na região do Ave. Neste caso específico, não é possível comparar as duas unidades dado a Unidade de St. Tirso ter em falta o grupo etário “65 aos 74 anos” por anomalia informática. Observando os dados, parece que o grupo etário em falta foi absorvido pelo “45 aos 65 anos”. No entanto, verifica-se que ambas unidades apresentam um consumo considerável para o grupo etário “0 aos 14 anos”.

4. Grande Porto: Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E. (Hospital Eduardo dos Santos Silva (Unidade I) e Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II) e Hospital da Nossa Senhora da Ajuda – Espinho (Unidade III)).

Quadro 60 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho por grupo etário.

C.H. Vila Nova de Gaia/Espinho		
Grupo etário	Utentes	%
menos de 1 ano	1	0,1
1 aos 4 anos	50	4,4
5 aos 9 anos	97	8,6
10 aos 14 anos	27	2,4
15 aos 24 anos	45	4,0
25 aos 44 anos	189	16,8
45 aos 64 anos	410	36,4
65 aos 74 anos	182	16,2
mais de 75 anos	124	11,0
Total	1125	100

Quadro 61 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho por grupo etário (por ciclos de vida).

Gaia/Espinho EPE		
Grupo etário	Utentes	%
0 aos 14 anos	175	15,6
15 aos 24 anos	45	4,0
25 aos 64 anos	599	53,2
mais de 65 anos	306	27,2
Total	1125	100

Os dados das três unidades que constituem o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E., encontram-se aglomerados. Neste centro hospitalar são contabilizados os utentes que frequentaram o serviço de fisioterapia. Salienta-se um valor de consumo considerável para o grupo etário “0 aos 14 anos”, com 15,6%. Como se pode verificar no quadro à esquerda, a incidência maior no grupo etário por ciclo de vida “0 aos 14 anos” recai sobre o grupo etário dos “5 aos 9 anos” com 8,6%.

Sub-região Centro: 5 hospitais e 1 Centro de MFR.

9. Baixo Vouga: Hospital Infante D. Pedro E.P.E - Aveiro

Quadro 62 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital de Aveiro por grupo etário.

Hospital de Aveiro		
Grupo etário	Utentes	%
menos de 1 ano	0	0,0
1 aos 4 anos	0	0,0
5 aos 9 anos	7	0,3
10 aos 14 anos	42	1,7
15 aos 24 anos	215	8,8
25 aos 44 anos	975	40,1
45 aos 64 anos	784	32,3
65 aos 74 anos	365	15,0
mais de 75 anos	42	1,7
Total	2430	100

Quadro 63 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital de Aveiro por grupo etário (por ciclos de vida).

Hospital de Aveiro		
Grupo etário	Utentes	%
0 aos 14 anos	49	2,0
15 aos 24 anos	215	8,8
25 aos 64 anos	1759	72,4
mais de 65 anos	407	16,7
Total	2430	100

O Hospital Infante D. Pedro E.P.E de Aveiro, apresenta particularidades interessantes. Saliente-se a baixa taxa de utentes dos “0 aos 14 anos” do Quadro 63 e a elevada taxa de utentes dos “25 aos 44 anos” e dos “45 aos 64 anos” do Quadro 62. A ausência de utentes dos 0 aos 4 anos poderá indicar a existência de unidades próximas ao Hospital especializadas em pediatria. Verifica-se também uma baixa afluência de utentes com idades superiores a 75 anos.

9. Baixo Vouga: Hospital Distrital de Águeda S.P.A.

Quadro 64 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital de Águeda por grupo etário.

Hospital Distrital de Águeda		
Grupo etário	Utentes	%
menos de 1 ano	0	0,0
1 aos 4 anos	1	0,1
5 aos 9 anos	6	0,7
10 aos 14 anos	12	1,4
15 aos 24 anos	69	8,0
25 aos 44 anos	161	18,7
45 aos 64 anos	350	40,6
65 aos 74 anos	181	21,0
mais de 75 anos	82	9,5
Total	862	100

Quadro 65 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital de Águeda por grupo etário (por ciclos de vida).

Hospital Distrital de Águeda		
Grupo etário	Utentes	%
0 aos 14 anos	19	2,2
15 aos 24 anos	69	8,0
25 aos 64 anos	511	59,3
mais de 65 anos	263	30,5
Total	862	100

O Hospital Distrital de Águeda S.P.A. está situado no mesmo território NUTS III que o Hospital Infante D. Pedro E.P.E de Aveiro. Verificam-se algumas diferenças entre os dois, mas também algumas semelhanças. Verifica-se que o Hospital Distrital de Águeda S.P.A. também possui uma taxa de utentes dos “0 aos 14 anos” baixa. As diferenças incidem no grupo etário dos “25 aos 64 anos” menos participado e o grupo etário “mais de 75 anos” mais participado. A representatividade do grupo etário “mais de 65 anos” é de 30,5%.

10. Baixo Mondego: Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, S.P.A. –Tocha

Quadro 66 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no CMRRC Rovisco Pais por grupo etário.

CMRRC Rovisco Pais		
Grupo etário	Utentes	%
menos de 1 ano	0	0,0
1 aos 4 anos	0	0,0
5 aos 9 anos	0	0,0
10 aos 14 anos	1	0,7
15 aos 24 anos	11	8,0
25 aos 44 anos	37	27,0
45 aos 64 anos	46	33,6
65 aos 74 anos	28	20,4
mais de 75 anos	14	10,2
Total	137	100

Quadro 67- Número de utentes que efectuaram fisioterapia no CMRRC Rovisco Pais por grupo etário (por ciclos de vida).

CMRRC Rovisco Pais		
Grupo etário	Utentes	%
0 aos 14 anos	1	0,7
15 aos 24 anos	11	8,0
25 aos 64 anos	83	60,6
mais de 65 anos	42	30,7
Total	137	100

O Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, S.P.A. da Tocha situa-se no Baixo Mondego, e possui particularidades próprias. Como se pode verificar, o grupo menos frequente é o dos “0 aos 14 anos”. O predomínio incide no grupo etário dos “45 aos 64 anos” com 33,6%, no entanto os grupos “25 aos 44 anos” no Quadro 66 e o grupo etário “mais de 65 anos” no Quadro 67 também são consideravelmente participados.

10. Baixo Mondego: Hospitais da Universidade de Coimbra E.P.E.

Quadro 68 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário.

HUC		
Grupo etário	Técnicas	%
menos de 1 ano	86	0,0
1 aos 4 anos	182	0,1
5 aos 9 anos	209	0,1
10 aos 14 anos	750	0,2
15 aos 24 anos	12186	3,8
25 aos 44 anos	50203	15,6
45 aos 64 anos	123969	38,6
65 aos 74 anos	74434	23,2
mais de 75 anos	59429	18,5
Total	321448	100

Quadro 70 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia nos Hospitais da Universidade de Coimbra por grupo etário.

HUC		
Grupo etário	Utentes	%
menos de 1 ano	16	0,3
1 aos 4 anos	37	0,6
5 aos 9 anos	36	0,6
10 aos 14 anos	28	0,5
15 aos 24 anos	194	3,2
25 aos 44 anos	801	13,4
45 aos 64 anos	2176	36,4
65 aos 74 anos	1413	23,7
mais de 75 anos	1273	21,3
Total	5974	100

Quadro 69 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário (por ciclos de vida).

HUC		
Grupo etário	Técnicas	%
0 aos 14 anos	1227	0,4
15 aos 24 anos	12186	3,8
25 aos 64 anos	174172	54,2
mais de 65 anos	133863	41,6
Total	321448	100

Quadro 71- Número de utentes que efectuaram fisioterapia nos Hospitais da Universidade de Coimbra por grupo etário (por ciclos de vida).

HUC		
Grupo etário	Utentes	%
0 aos 14 anos	117	2,0
15 aos 24 anos	194	3,2
25 aos 64 anos	2977	49,8
mais de 65 anos	2686	45,0
Total	5974	100

A estatística recebida dos Hospitais da Universidade de Coimbra E.P.E., situados na região do Baixo Mondego, permitiu apresentar os dados disponíveis por número de utentes e por técnicas consumidas. Deste modo, é-nos permitido comparar os números relativos de utentes e o seu consumo. Portanto o grupo mais frequente é “45 aos 65 anos” e é também o que consumiu mais técnicas. Os grupos mais jovens dos “0 aos 14 anos” e dos “15 aos 24 anos”, e o mais velho “mais de 65 anos” aparentam consumir menos fisioterapia que os restantes.

14. Dão-Lafões: Hospital São Teotónio, E.P.E. -Viseu

Quadro 72 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital de Aveiro por grupo etário.

Hospital de Viseu		
Grupo etário	Utentes	%
menos de 1 ano	15	0,6
1 aos 4 anos	54	2,3
5 aos 9 anos	114	4,8
10 aos 14 anos	40	1,7
15 aos 24 anos	90	3,8
25 aos 44 anos	353	15,0
45 aos 64 anos	903	38,4
65 aos 74 anos	481	20,4
mais de 65 anos	303	12,9
Total	2353	100

Quadro 73 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia nos Hospitais da Universidade de Coimbra por grupo etário (por ciclos de vida).

Hospital de Viseu		
Grupo etário	Utentes	%
0 aos 14 anos	223	9,5
15 aos 24 anos	90	3,8
25 aos 64 anos	1256	53,4
mais de 65 anos	784	33,3
Total	2353	100

O Hospital São Teotónio, E.P.E. de Viseu está situado na região Dão-Lafões. Este hospital apresenta uma distribuição significativa por quase todos os grupos etários. O grupo etário mais participado é claramente o dos “45 aos 64 anos” no Quadro 72, com 38,4% de representatividade. Consideravelmente participado também é o dos “0 aos 14 anos” no Quadro 73 com 9,5% e o grupo etário “mais de 65 anos” com 33,3%.

Sub-região Lisboa e Vale do Tejo: 4 hospitais.

20. Grande Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental E.P.E. - Hospital S. Francisco Xavier - Lisboa, Hospital de Santa Cruz – Carnaxide e Hospital Egas Moniz -Lisboa.

Quadro 74 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário.

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental		
Grupo etário	Técnicas	%
<1	10098	2,9
[1-5[	3387	1,0
[5-10[	2252	0,6
[10-15[	1400	0,4
[15-25[	8302	2,4
[25-45[	44324	12,6
[45-65[	91753	26,2
[65-75[	72143	20,6
≥ 75	116748	33,3
TOTAL	350407	100

Quadro 75 - Número de técnicas consumidas na Unidade de Famalicão por grupo etário (por ciclos de vida).

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental		
Grupo etário	Técnicas	%
0 aos 14 anos	17138	4,9
15 aos 24 anos	8302	2,4
25 aos 64 anos	136077	38,8
mais de 65 anos	188890	53,9
Total	350407	100

O Centro Hospitalar Lisboa Ocidental E.P.E. é constituído por três hospitais, o Hospital S. Francisco Xavier, em Lisboa, o Hospital de Santa Cruz de Carnaxide e Hospital Egas Moniz, também em Lisboa, todos três situados na Grande Lisboa. Os dados apresentados do consumo de técnicas de fisioterapia, encontram-se aglomerados nos dois quadros acima. Os dados indicam uma participação acentuada do grupo etário “mais que 75 anos” à esquerda e consequentemente do grupo etário “mais de 65 anos” à direita.

23. Lezíria do Tejo: Hospital Distrital de Santarém E.P.E.

Quadro 76 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital Distrital de Santarém por grupo etário.

Hospital Distrital Santarém		
Grupo etário	Utentes	%
menos de 1 ano	0	0,0
1 aos 4 anos	123	4,9
5 aos 9 anos	78	3,1
10 aos 14 anos	77	3,1
15 aos 24 anos	114	4,6
25 aos 44 anos	273	10,9
45 aos 64 anos	549	22,0
65 aos 74 anos	455	18,2
mais de 75 anos	826	33,1
Total	2495	100

Quadro 77 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Hospital Distrital de Santarém por grupo etário (por ciclos de vida).

Hospital Distrital Santarém		
Grupo etário	Utentes	%
0 aos 14 anos	278	11,0
15 aos 24 anos	114	5,0
25 aos 64 anos	822	33,0
mais de 65 anos	1281	51,0
Total	2495	100

O Hospital Distrital de Santarém E.P.E., encontra-se situado na região da Lezíria do Tejo. Este Hospital apresenta um considerável número de utentes dos “0 aos 14 anos” com 11% de representação como consta no Quadro 77. No Quadro 78, regista-se o grupo etário mais frequente com 33,1% de representatividade, o grupo “mais de 75 anos”.

Sub-região Alentejo: 2 hospitais.

27. Baixo Alentejo: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (Hospital José Joaquim Fernandes – Beja, Hospital de São Paulo - Serpa)

Quadro 78 - Número de técnicas consumidas na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo por grupo etário.

U.L.S. Baixo Alentejo		
Grupo etário	Técnicas	%
menos de 1 ano	1249	0,8
1 aos 4 anos	2363	1,6
5 aos 9 anos	4077	2,8
10 aos 14 anos	1259	0,9
15 aos 24 anos	7594	5,2
25 aos 44 anos	19871	13,5
45 aos 64 anos	39346	26,7
65 aos 74 anos	32948	22,4
mais de 75 anos	38419	26,1
Total	147125	100

Quadro 79 - Número de técnicas consumidas na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo por grupo etário (por ciclos de vida).

U.L.S. Baixo Alentejo		
Grupo etário	Técnicas	%
0 aos 14 anos	8948	6,1
15 aos 24 anos	7594	5,2
25 aos 64 anos	59216	40,2
mais de 65 anos	71367	48,5
Total	147125	100

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. é constituída por dois hospitais situados no Baixo Alentejo, o Hospital José Joaquim Fernandes de Beja e o Hospital de São Paulo de Serpa. Os dados dos dois hospitais encontram-se reunidos nos dois quadros acima. A distribuição do consumo encontra-se distribuída quase homogeneamente entre os últimos três grupos etários do quadro à esquerda. Por “ciclos de vida”, o grupo etário com maior consumo é o “mais de 65 anos” com quase metade do consumo total.

Sub-região Algarve

28. Algarve: Centro Hospitalar Barlavento Algarvio (Unidade Hospitalar de Portimão Unidade Hospitalar de Lagos)

Quadro 80 - Número de técnicas consumidas no Centro Hospitalar Barlavento Algarvio por grupo etário.

C.H. Barlavento Algarvio		
Grupo etário	Técnicas	%
menos de 1 ano	24	0,0
1 aos 4 anos	15038	12,1
5 aos 9 anos	7573	6,1
10 aos 14 anos	3054	2,5
15 aos 24 anos	4198	3,4
25 aos 44 anos	15564	12,6
45 aos 64 anos	29369	23,7
65 aos 74 anos	21989	17,7
mais de 75 anos	27135	21,9
Total	123944	100

Quadro 81 - Número de técnicas consumidas Centro Hospitalar Barlavento Algarvio por grupo etário (por ciclos de vida).

C.H. Barlavento Algarvio		
Grupo etário	Técnicas	%
0 aos 14 anos	25689	20,7
15 aos 24 anos	4198	3,4
25 aos 64 anos	44933	36,3
mais de 65 anos	49124	39,6
Total	123944	100

Quadro 82 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Centro Hospitalar Barlavento Algarvio por grupo etário.

C.H. Barlavento Algarvio		
Grupo etário	Utentes	%
menos de 1 ano	3	0,1
1 aos 4 anos	421	16,9
5 aos 9 anos	169	6,8
10 aos 14 anos	73	2,9
15 aos 24 anos	91	3,6
25 aos 44 anos	363	14,6
45 aos 64 anos	432	17,3
65 aos 74 anos	302	12,1
mais de 75 anos	640	25,7
Total	2494	100

Quadro 83 - Número de utentes que efectuaram fisioterapia no Centro Hospitalar Barlavento Algarvio por grupo etário (por ciclos de vida).

C.H. Barlavento Algarvio		
Grupo etário	Utentes	%
0 aos 14 anos	666	26,7
15 aos 24 anos	91	3,6
25 aos 64 anos	795	31,9
mais de 65 anos	942	37,8
Total	2494	100

O Centro Hospitalar Barlavento Algarvio situado na região do Algarve, é constituído por duas unidades, a Unidade Hospitalar de Portimão e a Unidade Hospitalar de Lagos. A estatística recebida do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio também permitiu a apresentação dos dados disponíveis por número de utentes e por técnicas consumidas. Verificou-se que o grupo mais frequente é dos “45 aos 65 anos” 23,7%, no entanto não é o grupo com o maior consumo. Neste caso, o grupo que mais consumiu foi o dos “45 aos 64 anos”. Os grupos mais jovens dos “0 aos 14 anos” e dos “15 aos 24 anos”, e dos “25 aos 65 anos” consomem menos fisioterapia do que o grupo mais velho “mais de 65 anos”.

iv. Utentes de fisioterapia e consumo de técnicas por grupos etários total

Em primeiro lugar reuniram-se os dados relativos às idades dos utentes que usufruíram de cuidados de fisioterapia.

Quadro 84 - Total de utentes por grupo etário que frequentaram os serviços de fisioterapia.

TOTAL		
Grupo etário	Utentes	%
menos de 1 ano	35	0,2
1 aos 4 anos	686	3,8
5 aos 9 anos	507	2,8
10 aos 14 anos	300	1,7
15 aos 24 anos	829	4,6
25 aos 44 anos	3152	17,6
45 aos 64 anos	5650	31,6
65 aos 74 anos	3407	19,1
mais de 65 anos	3304	18,5
Total	17870	100

Quadro 85 - Total de utentes por grupo etário que frequentaram os serviços de fisioterapia (por ciclos de vida).

TOTAL		
Grupo etário	Utentes	%
0 aos 14 anos	1528	8,6
15 aos 24 anos	829	4,6
25 aos 64 anos	8802	49,3
mais de 65 anos	6711	37,6
Total	17870	100

Foram incluídos os Hospitais da Universidade de Coimbra E.P.E., o Centro Hospitalar Barlavento Algarvio¹⁶³ (que engloba Unidade Hospitalar de Portimão Unidade Hospitalar de Lagos), o Hospital Infante D. Pedro E.P.E., o Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, S.P.A., o Hospital Distrital de Águeda S.P.A., o Hospital São Teotónio, E.P.E., o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE (que engloba o Hospital Eduardo dos Santos Silva (Unidade I), Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II) e Hospital da Nossa Senhora da Ajuda – Espinho (Unidade III)), e o Hospital Distrital de Santarém E.P.E..

Verificou-se que o grupo etário mais frequente nos serviços de fisioterapia nas instituições públicas foi o grupo etário dos “45 aos 65 anos”. À direita, o grupo etário com o maior consumo de fisioterapia foi o dos “25 aos 64 anos”.

163 Os dados dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio permitiram o agrupamento tanto de número de utentes por grupo etário tal como número de técnicas por grupo etário.

Em segundo lugar reuniram-se os dados relativos às técnicas aplicadas em 2007, em diversas instituições públicas, agrupadas pelas idades dos utentes, que beneficiaram dessas técnicas.

Quadro 86 - Número de técnicas total consumidas por grupo etário.

Consumo de técnicas por grupo etário		
Grupo etário	Técnicas	%
menos de 1 ano	15995	1,2
1 aos 4 anos	28250	2,2
5 aos 9 anos	21565	1,7
10 aos 14 anos	14596	1,1
15 aos 24 anos	50186	3,9
25 aos 44 anos	188224	14,7
45 aos 64 anos	407305	31,8
65 aos 74 anos	268533	21,0
mais de 65 anos	285529	22,3
Total	1280182	100

Quadro 87 - Número de técnicas total consumidas (por ciclos de vida).

Consumo de técnicas por grupo etário		
Grupos etários	Técnicas	%
0 - 14 anos	80405	6,3
15 - 24 anos	50186	3,9
25 - 64 anos	595529	46,5
65 e mais anos	554061	43,3
Total	1280182	100

Foram incluídos, o Centro Hospitalar do Alto Ave E.P.E. (que engloba o Hospital de Guimarães e a unidade de Fafe), o Centro Hospitalar do Médio Ave E.P.E. (onde foi incluída apenas a Unidade de Famalicão), o Hospital de São Marcos, os Hospitais da Universidade de Coimbra E.P.E., o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental E.P.E. (que integra o Hospital S. Francisco Xavier, Hospital de Santa Cruz e o Hospital Egas Moniz), a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (que é constituída pelo Hospital José Joaquim Fernandes e o Hospital de São Paulo) e o Centro Hospitalar Barlavento Algarvio (que engloba Unidade Hospitalar de Portimão Unidade Hospitalar de Lagos).

Verificou-se que o grupo etário que mais fisioterapia consumiu nas instituições públicas foi o grupo etário dos “45 aos 65 anos” com 31,8%. À direita, no Quadro 87, o grupo etário com o maior consumo de fisioterapia foi o dos “25 aos 64 anos” com 46,5%, no entanto o grupo etário “mais de 65 anos” apresenta valores muito próximos, apresentando um consumo de 43,3% do total das técnicas consumidas nas instituições integradas no estudo.

A separação da população utente e do consumo por grupos etários não representa uma separação equitativa mediante a população nacional. A secção e) pretende relacionar o consumo de fisioterapia com a população por grupo etário, de forma a se poder verificar o perfil estimado de consumo do cidadão português.

As instituições hospitalares Hospitais da Universidade de Coimbra e o Centro Hospitalar Barlavento Algarvio permitiram o agrupamento, tanto do número de utentes por grupo etário, como do número de técnicas por grupo etário. O Hospital Distrital de Santarém e o Hospital Distrital de Águeda, forneceram os dados do número de utentes, permitindo o agrupamento por grupos etários. Como também disponibilizaram o número total de técnicas de fisioterapia consumidas referentes a nesse ano. Estes dados permitiram efectuar o cálculo dos rácios médios apresentados nos quadros abaixo. Ainda, como o Hospital de St. Tirso e Unidade de Famalicão do Centro Hospitalar Médio Ave, facultaram os dados estatísticos referentes ao número de técnicas consumidas por grupo etário e ainda o número total de utentes que passaram pelo serviço, permitiu igualmente a sua inclusão no cálculo dos rácios. Assim, os dois quadros abaixo apresentam os respectivos rácios médios (número de utentes por técnica e número de técnicas por utente). Devido às diferenças que o Centro Hospitalar Barlavento Algarvio revela¹⁶⁴, em relação aos restantes que são integrados nestes cálculos, optou-se por separar os cálculos efectuados, com e sem, o Centro Hospitalar Barlavento Algarvio.

Quadro 88 - Cálculo dos rácios utentes/técnica e técnicas/utente.

Instituições hospitalares	Utentes/técnica	Técnicas/utente
Hospital de Santarém	0,04	26,2
C H Médio Ave - St. Tirso	0,03	30,6
C H Médio Ave - Unidade Famalicão	0,04	23,4
HUC	0,03	30,0
Hospital de Águeda	0,03	35,5
Rácio médio global	0,04	29,1

* Sem o C.H. Barlavento Algarvio

Quadro 89 - Cálculo dos rácios utentes/técnica e técnicas/utente.

Instituições hospitalares	Utentes/técnica	Técnicas/utente
Hospital de Santarém	0,04	26,2
C H Médio Ave - St. Tirso	0,03	30,6
C H Médio Ave - Unidade Famalicão	0,04	23,4
HUC	0,03	30,0
Hospital de Águeda	0,03	35,5
<i>C.H. Barlavento Algarvio</i>	<i>0,02</i>	<i>49,7</i>
Rácio médio global	0,03	39,1

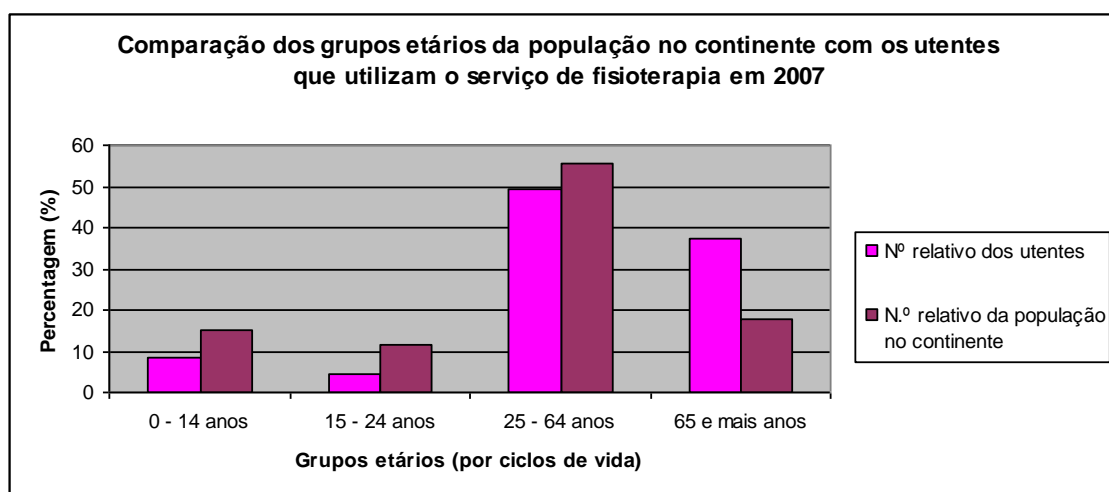
* Com o C.H. Barlavento Algarvio

164 Nota: Não foi possível apurar a razão da diferença em relação às restantes instituições.

v. Apresentação gráfica dos resultados das instituições comparadas com a população nacional

O primeiro gráfico desta secção apresenta o índice da população utente que efectuou fisioterapia em 2007 com o índice da população por grupos etários (por ciclos de vida) em Portugal Continental. Destaca-se o grupo etário “65 e mais anos” que demonstra duas vezes mais representatividade entre os utentes que utilizaram o serviço de fisioterapia, comparando com a sua proporção em Portugal Continental. O grupo etário que menos frequenta o serviço de fisioterapia é o dos jovens adultos (15 aos 24 anos).

Gráfico 19 - Comparação dos números relativos dos grupos etários da população no continente com os utentes que utilizaram serviços de fisioterapia em 2007.



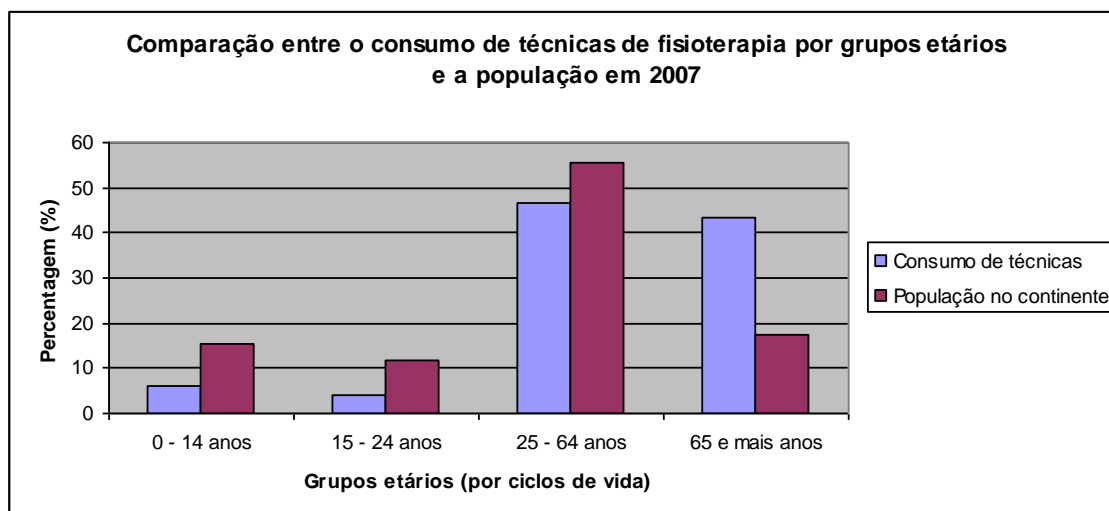
Nota: Dados calculados com base no número de utentes e respectivas idades em hospitais públicos em 2007 considerando a população total apenas no continente a 31.12.2007.

Fonte da população: INE, (2009) Estimativas Anuais da População Residente.

O próximo gráfico permite verificar a relação entre o consumo de técnicas de fisioterapia entre os grupos etários e a população em Portugal Continental¹⁶⁵. Aqui verifica-se uma necessidade de consumo superior ao dobro, para o grupo etário mais velho. Novamente, o grupo etário com menor representatividade é o dos jovens adultos “15 aos 24 anos”. São estes que apresentam os consumos mais baixos de fisioterapia a nível nacional.

¹⁶⁵ Relativo às estimativas anuais da população residente do INE para 2007.

Gráfico 20 - Comparação dos números relativos dos grupos etários da população no continente com a intensidade de consumo de técnicas de fisioterapia dos utentes que utilizaram o serviços de fisioterapia em 2007.

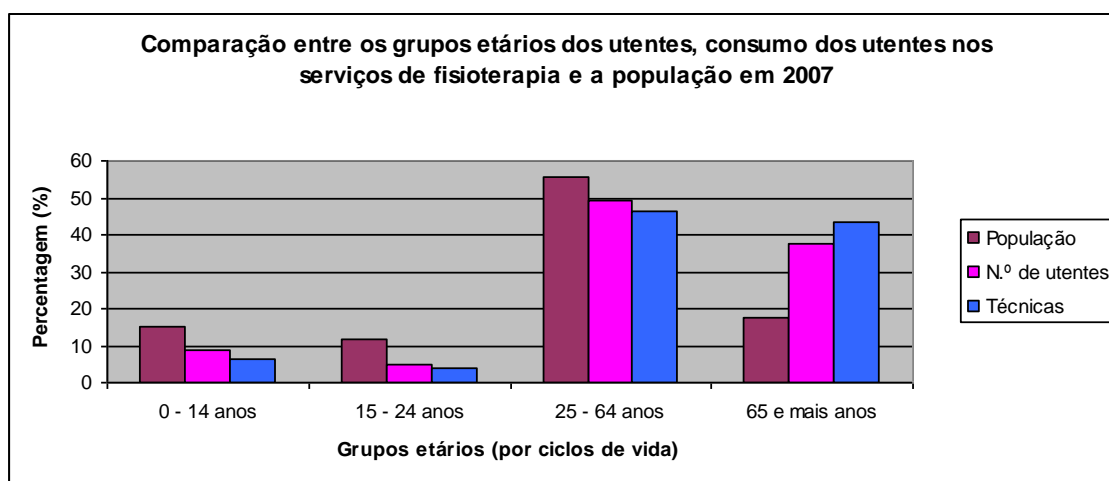


Nota: Dados calculados com base no número de técnicas consumidas por grupo etário em hospitais públicos em 2007 considerando a população total apenas no continente a 31.12.2007.

Fonte da população: INE, (2009).

O Gráfico 21 resume os dois gráficos anteriores. Verifica-se que o grupo etário mais velho é o mais frequente nos serviços de fisioterapia, e tem também maior necessidade de consumo de fisioterapia.

Gráfico 21 - Comparação dos números relativos dos grupos etários da população no continente com os utentes que utilizaram o serviços de fisioterapia e a sua intensidade do consumo de técnicas de fisioterapia em 2007.



Nota: Dados calculados com base no número utentes e número de técnicas consumidas por grupo etário em hospitais públicos em 2007 considerando a população total apenas no continente a 31.12.2007.

Fonte da população: INE, (2009).

vi. Cálculo dos rácios de consumo de fisioterapia por grupos etários total e das necessidades estimadas de fisioterapeutas

Com os dados do consumo de fisioterapia, chegou-se ao número estimado de fisioterapeutas necessários por grupo etário e respectivos rácios fisioterapeutas por habitante¹⁶⁶. Pelo número relativo do consumo de fisioterapia estimou-se o número de fisioterapeutas necessários para cada grupo etário. No Quadro 90, observa-se que o número de fisioterapeutas necessários para os dois grupos etários mais velhos é semelhante, apesar da população pertencente ao grupo etário mais idoso ser mais de 3 vezes inferior. Para obter uma melhor ideia da relação de fisioterapeutas necessários, tem que se observar o rácio. Com as estimativas anuais da população residente do INE estimaram-se os rácios fisioterapeutas por habitante para cada grupo etário. Como se tem vindo a verificar nos gráficos anteriores o grupo etário com menores necessidades de fisioterapia é dos “15 aos 24 anos” e a maior necessidade incide nos mais velhos, com o triplo das necessidades do grupo etário “25 aos 64 anos”.

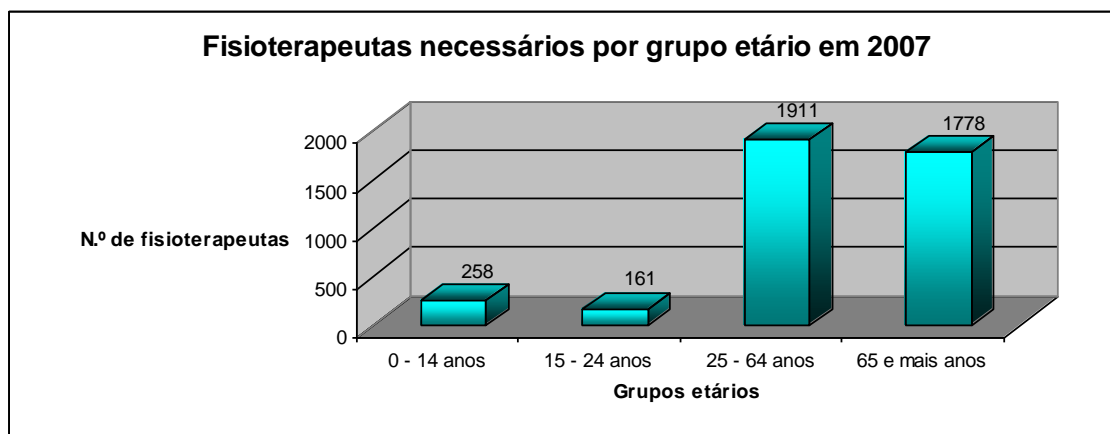
Quadro 90 - Cálculo do rácio fisioterapeutas por habitante para Portugal (continente e regiões autónomas).

Consumo de técnicas por grupo etário			População em Portugal	Cálculos com n.º de fisioterapeutas registados	
Grupos etários	N.º de técnicas	N.º relativo	N.º	Fisioterapeutas necessários	Rácio Fisioterapeutas/habitante
0 - 14 anos	80405	0,06	1633245	258	0,00016
15 - 24 anos	50186	0,04	1250768	161	0,00013
25 - 64 anos	595529	0,47	5885099	1911	0,00032
65 e mais anos	554061	0,43	1839224	1778	0,00097
Total	1280182	1	10608335	4108	0,00039

No Gráfico 22 estão representados os fisioterapeutas estimados por grupo etário, para o consumo de fisioterapia calculado para o ano de 2007.

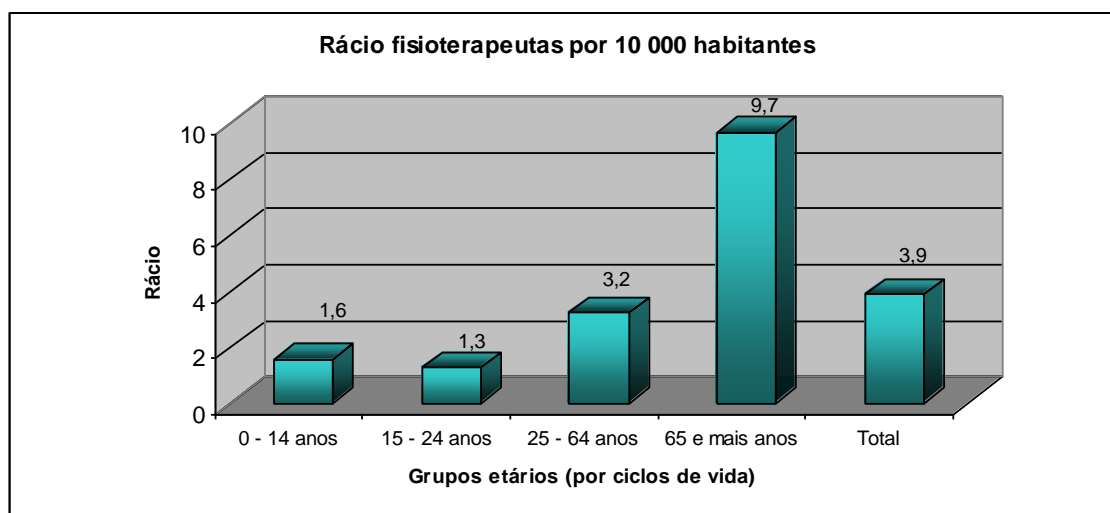
¹⁶⁶ Considerando o número total de fisioterapeutas a 1 de Janeiro de 2008.

Gráfico 22 - Número de fisioterapeutas estimados por grupo etário para Portugal em 2007.



O Gráfico 23 apresenta os rácios fisioterapeutas/10 000 habitantes para cada grupo etário, por ciclo de vida, e para a população total. Arredondando, para cada 10 000 indivíduos com “mais de 65 anos”, são necessários 10 fisioterapeutas¹⁶⁷.

Gráfico 23 - Rácio fisioterapeutas por 10 000 habitantes para Portugal em 2007.



¹⁶⁷ Para verificar o rácio invertido habitantes por fisioterapeuta consultar o Apêndice 11.

vii. Caracterização demográfica das regiões por NUTS II e III e estabelecimento dos rácios e necessidades de fisioterapeutas regionais

De forma a verificar a distribuição da população nos respectivos grupos etários apresenta-se o Quadro 94. Este quadro permite apreciar a distribuição dos grupos etários por NUTS III. O conhecimento do peso da distribuição das idades em cada região permite fazer uma estimativa de quantos fisioterapeutas poderão ser necessários por região. Pela análise do quadro, a região que possuía em 2007 a maior proporção de habitantes com mais de 65 anos (31%) é a região Pinhal Interior Sul, da região centro do país. Com números próximos estão também as regiões, Beira Interior Sul (28%) e Beira Interior Norte (26%), também da região centro. A região do Alto Alentejo regista também (26%) de indivíduos com mais de 65 anos.

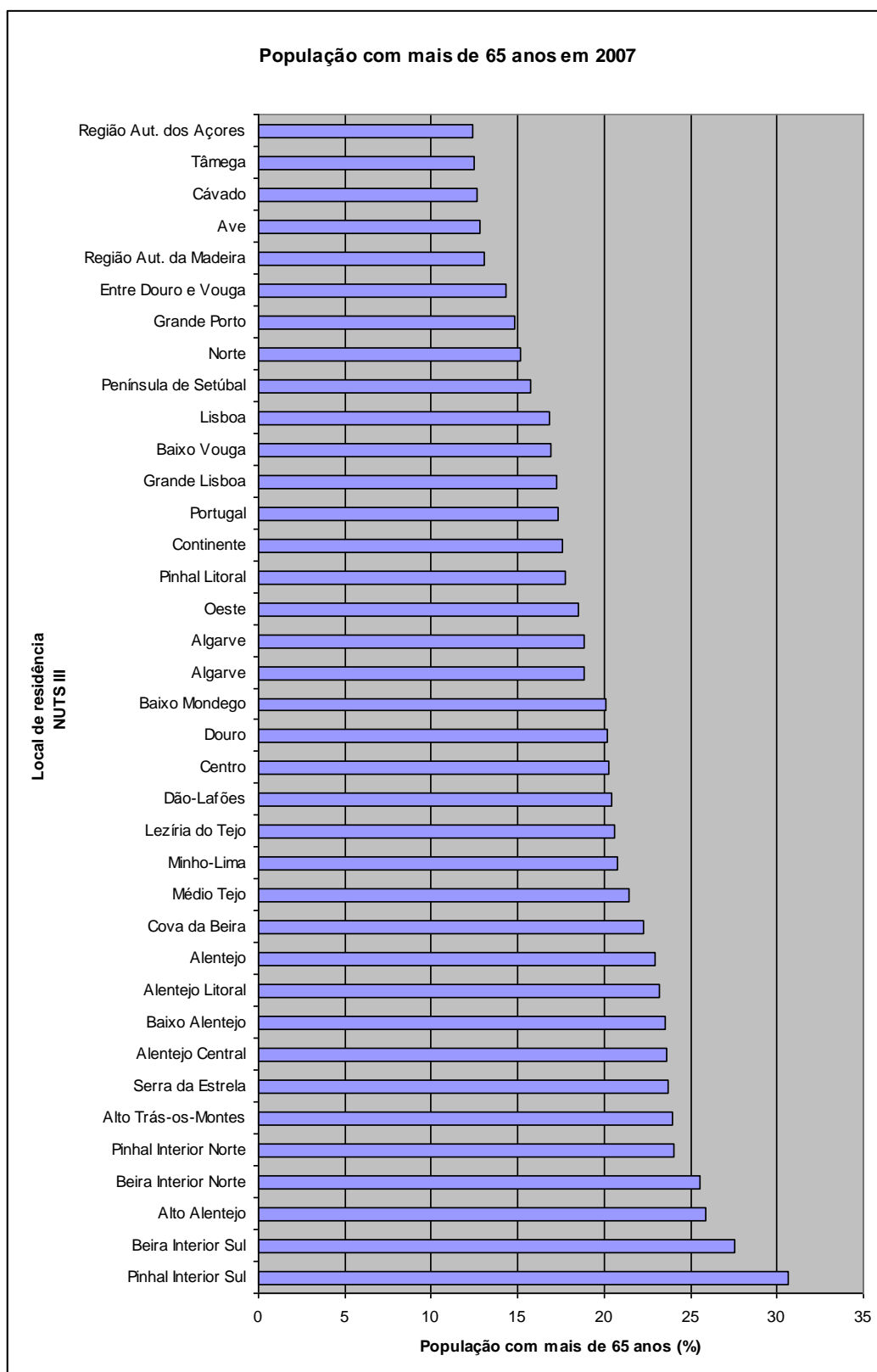
O Gráfico 24 organiza as regiões do país por NUTS III da região com menor taxa de habitantes com “mais de 65 anos” para a região com maior taxa. Como se pode verificar, as regiões autónomas dos Açores e da Madeira encontram-se entre as regiões com menor taxa de habitantes com “mais de 65 anos”.

Quadro 91 - Números relativos da população média anual residente por grupo etário (por ciclos de vida)
em 2007 por NUTS III.

Local de residência NUTS III	Proporção da população média anual residente por grupo etário (Por ciclos de vida)				
	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
Portugal	100	15	12	55	17
Continente	95	15	12	56	18
Minho-Lima	2	14	12	53	21
Cávado	4	18	14	56	13
Ave	5	17	14	57	13
Grande Porto	12	16	12	58	15
Tâmega	5	19	14	55	12
Entre Douro e Vouga	3	16	13	57	14
Douro	2	14	13	53	20
Alto Trás-os-Montes	2	12	12	52	24
Baixo Vouga	4	15	12	56	17
Baixo Mondego	3	13	11	56	20
Pinhal Litoral	3	16	12	55	18
Pinhal Interior Norte	1	13	11	51	24
Dão-Lafões	3	14	13	53	20
Pinhal Interior Sul	0	11	11	48	31
Serra da Estrela	0	11	12	53	24
Beira Interior Norte	1	12	12	51	26
Beira Interior Sul	1	12	10	51	28
Cova da Beira	1	13	11	54	22
Oeste	3	15	12	55	18
Médio Tejo	2	14	11	54	21
Grande Lisboa	19	16	10	57	17
Península de Setúbal	7	16	11	57	16
Alentejo	7	13	11	53	23
Alentejo Litoral	1	12	11	53	23
Alto Alentejo	1	13	11	51	26
Alentejo Central	2	13	11	52	24
Baixo Alentejo	1	13	11	52	24
Lezíria do Tejo	2	14	11	55	21
Algarve	4	15	11	55	19
Região Aut. dos Açores	2	19	15	53	12
Região Aut. da Madeira	2	18	14	55	13

Nota: Arredondamento à unidade.

Gráfico 24 - Percentagem da população nacional com mais de 65 anos em 2007, hierarquizada por NUTS III.



Analisando apenas as regiões por NUTS II, a que tem maior proporção de habitantes com mais de 65 anos é a região do Alentejo com 23 de percentagem (Quadro 92).

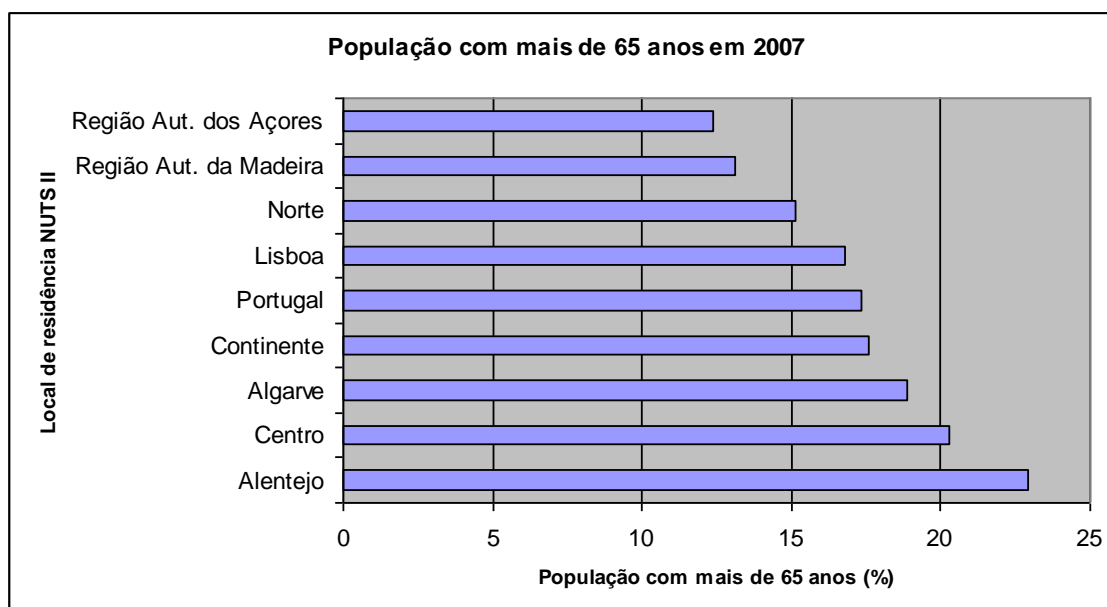
Quadro 92 - Proporção da população nacional por grupos etários em 2007 por NUTS II.

Local de residência NUTS II	Grupo etário				
	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos
Portugal	100	15	12	55	17
Continente	95	15	12	56	18
Norte	35	16	13	56	15
Centro	22	14	12	54	20
Lisboa	26	16	11	57	17
Alentejo	7	13	11	53	23
Algarve	4	15	11	55	19
Região Aut. da Madeira	2	18	14	55	13
Região Aut. dos Açores	2	19	15	53	12

Nota: Arredondamento à unidade.

Para visualizar a ordem das regiões por NUTS II, por ordem crescente de proporção de habitantes com “mais de 65 anos”, apresenta-se o gráfico abaixo. As regiões do continente têm maior proporção de indivíduos com “mais de 65 anos”, sendo a região do Alentejo a mais envelhecida.

Gráfico 25 - Proporção da população nacional com mais de 65 anos em 2007 hierarquizada por NUTS II.



Comparado com o que se efectuou para o número de habitantes por grupos etários para o território nacional, os quadros seguintes apresentam o mesmo exercício

para as regiões por NUTS II e NUTS III, respectivamente, estimando o número de fisioterapeutas para cada região. Para efectuar os cálculos na primeira coluna assinalada com “Total”, considerou-se o rácio médio. Na segunda coluna assinalada com “Grupos etários”, os cálculos foram efectuados com a ponderação dos rácios por grupos etários, e a proporcionalidade dos grupos etários da população. As regiões com maior número de fisioterapeutas estimados estão assinaladas.

Quadro 93 - Fisioterapeutas estimados por grupos etários, por NUTS III, em 2007.

Local de residência NUTS III	População média anual residente					Fisioterapeutas estimados	
	Grupo etário (Por ciclos de vida)						
	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	Total	Grupos etários
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º		
Portugal	10608335	1633245	1250768	5885099	1839224	4108	4108
Continente	10118576	1542410	1177718	5621704	1776745	3918	3938
Minho-Lima	251844	34033	31126	134411	52275	98	104
Cávado	410554	72434	56557	229552	52013	159	144
Ave	523704	87161	70749	298798	66997	203	185
Grande Porto	1280674	201425	148328	740625	190297	496	475
Tâmega	560619	103851	79867	307156	69745	217	194
Entre Douro e Vouga	287224	45325	36416	164282	41202	111	105
Douro	213108	29012	27288	113763	43046	83	87
Alto Trás-os-Montes	217064	25138	26393	113604	51930	84	94
Baixo Vouga	399037	61415	48085	221942	67596	155	153
Baixo Mondego	333258	44537	35544	186129	67049	129	137
Pinhal Litoral	266484	41336	31531	146424	47193	103	104
Pinhal Interior Norte	137770	18514	15592	70573	33092	53	60
Dão-Lafões	291487	41685	36822	153487	59494	113	119
Pinhal Interior Sul	41337	4410	4445	19806	12676	16	20
Serra da Estrela	48093	5470	5828	25411	11385	19	21
Beira Interior Norte	110667	13285	12882	56266	28234	43	49
Beira Interior Sul	74302	8685	7356	37763	20499	29	34
Cova da Beira	91597	11523	10525	49112	20438	35	39
Oeste	360615	54640	41529	197838	66609	140	143
Médio Tejo	231256	31509	26272	123877	49599	90	97
Grande Lisboa	2022579	317595	209970	1146911	348104	783	786
Península de Setúbal	778742	123733	85068	447435	122507	302	294
Alentejo Litoral	96478	11883	10675	51519	22402	37	42
Alto Alentejo	118752	14868	12811	60353	30722	46	53
Alentejo Central	170252	22825	18381	88803	40243	66	74
Baixo Alentejo	128140	16974	14384	66640	30142	50	55
Lezíria do Tejo	248988	35051	26854	135722	51361	96	103
Algarve	423957	64100	46448	233507	79903	164	169
Região Aut. dos Açores	243512	46671	37708	128921	30213	94	83
Região Aut. da Madeira	246248	44165	35342	134475	32267	95	86

Na análise dos Quadros 93 e 94, o facto de existir um maior número de fisioterapeutas estimados na coluna dos “Grupos etários” subentende uma maior proporção de habitantes com “mais de 65 anos”. Os que têm menor número de fisioterapeutas estimados na mesma coluna, pressupõem uma maior representatividade dos grupos etários inferior a 65 anos.

Quadro 94 - Fisioterapeutas estimados por grupos etários, por NUTS II, em 2007.

Local de residência NUTS II	População média anual residente					Fisioterapeutas estimados	
	Grupo etário (Por ciclos de vida)						
	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	Total	Grupos etários
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º		
Portugal	10608335	1633245	1250768	5885099	1839224	4108	4108
Continente	10118576	1542410	1177718	5621704	1776745	3918	3938
Norte	3744789	598376	476722	2102189	567503	1450	1387
Centro	2385901	337007	276408	1288627	483861	924	975
Lisboa	2801320	441328	295037	1594346	470610	1085	1080
Alentejo	762609	101600	83104	403037	174869	295	327
Algarve	423957	64100	46448	233507	79903	164	169
Região Aut. dos Açores	243512	46671	37708	128921	30213	94	83
Região Aut. da Madeira	246248	44165	35342	134475	32267	95	86

No Quadro 95, preservando-se a coluna dos fisioterapeutas estimados por grupos etários, calculou-se a proporção de representatividade do número total de fisioterapeutas por região. A região Norte (NUTS II) possui um terço da representatividade estimada dos fisioterapeutas. As regiões por NUTS III, Grande Porto e Grande Lisboa são as regiões com maior proporção de fisioterapeutas.

Quadro 95 - Fisioterapeutas estimados por grupos etários e NUTS II e III e proporção em 2007.

Local de residência NUTS II e NUTS III	População média anual residente					Fisioterapeutas estimados	
	Grupo etário (Por ciclos de vida)						
	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos		
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	Grupos etários	N.º relativo (%)
Portugal	10608335	1633245	1250768	5885099	1839224	4108	100
Continente	10118576	1542410	1177718	5621704	1776745	3938	95,9
Norte	3744789	598376	476722	2102189	567503	1387	33,8
Minho-Lima	251844	34033	31126	134411	52275	104	2,5
Cávado	410554	72434	56557	229552	52013	144	3,5
Ave	523704	87161	70749	298798	66997	185	4,5
Grande Porto	1280674	201425	148328	740625	190297	475	11,6
Tâmega	560619	103851	79867	307156	69745	194	4,7
Entre Douro e Vouga	287224	45325	36416	164282	41202	105	2,6
Douro	213108	29012	27288	113763	43046	87	2,1
Alto Trás-os-Montes	217064	25138	26393	113604	51930	94	2,3
Centro	2385901	337007	276408	1288627	483861	975	23,7
Baixo Vouga	399037	61415	48085	221942	67596	153	3,7
Baixo Mondego	333258	44537	35544	186129	67049	137	3,3
Pinhal Litoral	266484	41336	31531	146424	47193	104	2,5
Pinhal Interior Norte	137770	18514	15592	70573	33092	60	1,5
Dão-Lafões	291487	41685	36822	153487	59494	119	2,9
Pinhal Interior Sul	41337	4410	4445	19806	12676	20	0,5
Serra da Estrela	48093	5470	5828	25411	11385	21	0,5
Beira Interior Norte	110667	13285	12882	56266	28234	49	1,2
Beira Interior Sul	74302	8685	7356	37763	20499	34	0,8
Cova da Beira	91597	11523	10525	49112	20438	39	0,9
Oeste	360615	54640	41529	197838	66609	143	3,5
Médio Tejo	231256	31509	26272	123877	49599	97	2,3
Lisboa	2801320	441328	295037	1594346	470610	1080	26,3
Grande Lisboa	2022579	317595	209970	1146911	348104	786	19,1
Península de Setúbal	778742	123733	85068	447435	122507	294	7,2
Alentejo	762609	101600	83104	403037	174869	327	8,0
Alentejo Litoral	96478	11883	10675	51519	22402	42	1,0
Alto Alentejo	118752	14868	12811	60353	30722	53	1,3
Alentejo Central	170252	22825	18381	88803	40243	74	1,8
Baixo Alentejo	128140	16974	14384	66640	30142	55	1,3
Lezíria do Tejo	248988	35051	26854	135722	51361	103	2,5
Algarve	423957	64100	46448	233507	79903	169	4,1
Algarve	423957	64100	46448	233507	79903	169	4,1
Região Aut. dos Açores	243512	46671	37708	128921	30213	83	2,0
Região Aut. da Madeira	246248	44165	35342	134475	32267	86	2,1

O Quadro 96, apresenta os rácios estimados por grupos etários para as regiões NUTS III. O maior rácio fisioterapeutas por habitante estimado pertence à região do Pinhal Interior Sul da região centro do país. A região com menor necessidade é a

região Autónoma dos Açores. Para cada 100 000 habitantes na região do Alentejo, contemplando os grupos etários da população, são necessários 43 fisioterapeutas¹⁶⁸.

Quadro 96 - Rácio fisioterapeutas por 100 000 habitantes estimado por NUTS III para Portugal em 2007.

Local de residência NUTS III	População média anual					Fisioterapeutas estimados	
	Grupo etário (Por ciclos de vida)						
	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos		
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	Grupos etários	Rácio (Fts/100 000 hab.)
Portugal	10608335	1633245	1250768	5885099	1839224	4108	39
Continente	10118576	1542410	1177718	5621704	1776745	3938	39
Minho-Lima	251844	34033	31126	134411	52275	104	41
Cávado	410554	72434	56557	229552	52013	144	35
Ave	523704	87161	70749	298798	66997	185	35
Grande Porto	1280674	201425	148328	740625	190297	475	37
Tâmega	560619	103851	79867	307156	69745	194	35
Entre Douro e Vouga	287224	45325	36416	164282	41202	105	37
Douro	213108	29012	27288	113763	43046	87	41
Alto Trás-os-Montes	217064	25138	26393	113604	51930	94	44
Baixo Vouga	399037	61415	48085	221942	67596	153	38
Baixo Mondego	333258	44537	35544	186129	67049	137	41
Pinhal Litoral	266484	41336	31531	146424	47193	104	39
Pinhal Interior Norte	137770	18514	15592	70573	33092	60	43
Dão-Lafões	291487	41685	36822	153487	59494	119	41
Pinhal Interior Sul	41337	4410	4445	19806	12676	20	48
Serra da Estrela	48093	5470	5828	25411	11385	21	43
Beira Interior Norte	110667	13285	12882	56266	28234	49	45
Beira Interior Sul	74302	8685	7356	37763	20499	34	46
Cova da Beira	91597	11523	10525	49112	20438	39	42
Oeste	360615	54640	41529	197838	66609	143	40
Médio Tejo	231256	31509	26272	123877	49599	97	42
Grande Lisboa	2022579	317595	209970	1146911	348104	786	39
Península de Setúbal	778742	123733	85068	447435	122507	294	38
Alentejo	762609	101600	83104	403037	174869	327	43
Alentejo Litoral	96478	11883	10675	51519	22402	42	43
Alto Alentejo	118752	14868	12811	60353	30722	53	45
Alentejo Central	170252	22825	18381	88803	40243	74	43
Baixo Alentejo	128140	16974	14384	66640	30142	55	43
Lezíria do Tejo	248988	35051	26854	135722	51361	103	41
Algarve	423957	64100	46448	233507	79903	169	40
Região Aut. dos Açores	243512	46671	37708	128921	30213	83	34
Região Aut. da Madeira	246248	44165	35342	134475	32267	86	35

168 Para verificar o rácio invertido habitantes por fisioterapeuta, ver Apêndice 12.

O Quadro 97 apresenta os rácios estimados por grupos etários para as regiões NUTS II. O maior rácio fisioterapeutas por habitante estimado pertence à região do Alentejo. Contemplando os grupos etários da população, para cada 100 000 habitantes na região do Alentejo, são necessários 43 fisioterapeutas¹⁶⁹.

Quadro 97 - Rácios por grupos etários por NUTS II.

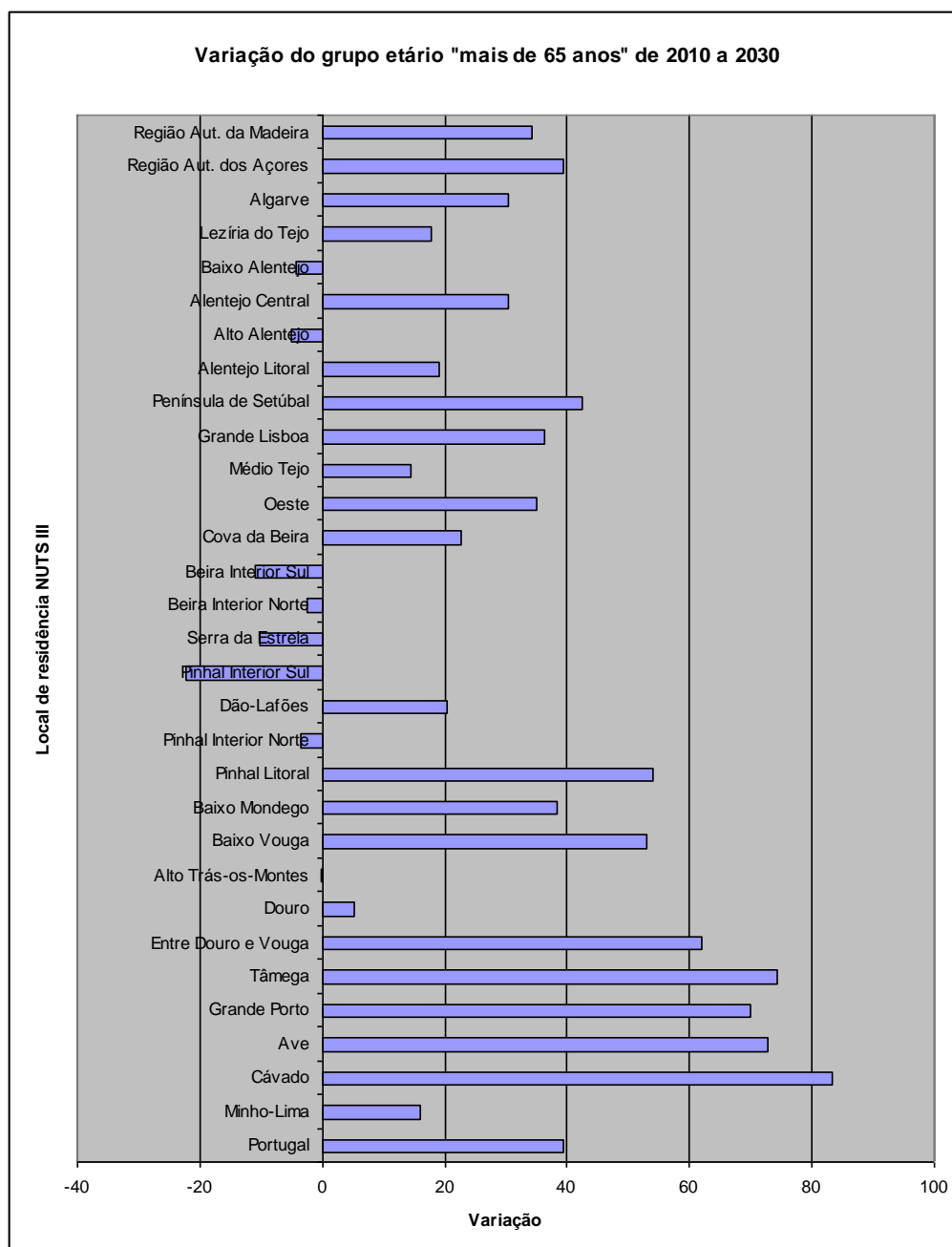
Local de residência NUTS II	População	Nº de fisioterapeutas por grupos etários	Rácios	
			Fts/hab.	Rácio Fts/100 000 hab.
Portugal	10608335	4108	0,00039	39
Continente	10118576	3938	0,00039	39
Norte	3744789	1387	0,00037	37
Centro	2385901	975	0,00041	41
Lisboa	2801320	1080	0,00039	39
Alentejo	762609	327	0,00043	43
Algarve	423957	169	0,0004	40
Região Aut. da Madeira	246248	83	0,00034	34
Região Aut. dos Açores	243512	86	0,00035	35

viii. Caracterização das variações demográficas regionais por NUTS II e III de 2010 a 2030 e respectiva projecção das necessidades de fisioterapeutas

As previsões das alterações demográficas da população existentes, permitiram fazer uma apreciação da variação dos grupos etários. Neste caso, a previsão da variação de 2010 a 2030, para o grupo etário “mais de 65 anos” está figurada no Gráfico 26. Registaram-se variações negativas em regiões que apresentavam maiores taxas de idosos em 2007 como no Pinhal Interior Sul e Alto Alentejo. Registe-se uma variação positiva de mais de 80% para o Cávado da região centro do país.

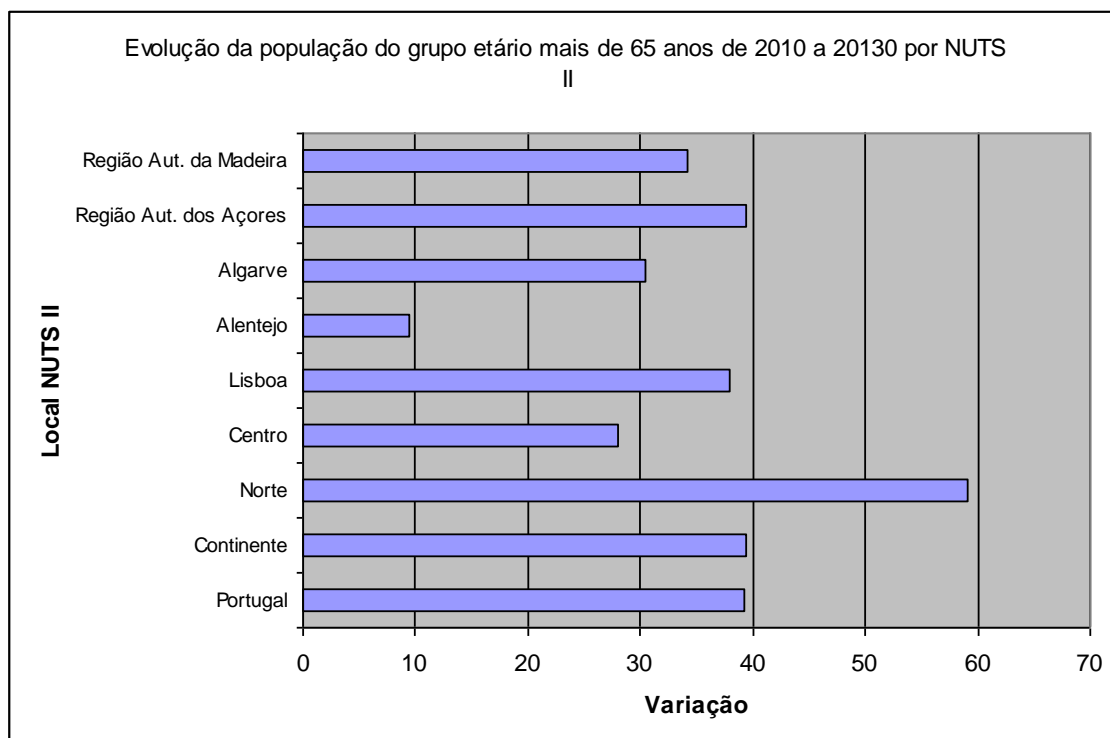
169 Para verificar o rácio invertido habitantes por fisioterapeuta, ver Apêndice 13.

Gráfico 26 - Evolução do grupo etário “mais de 65 anos” de 2010 a 2030 por NUTS III.



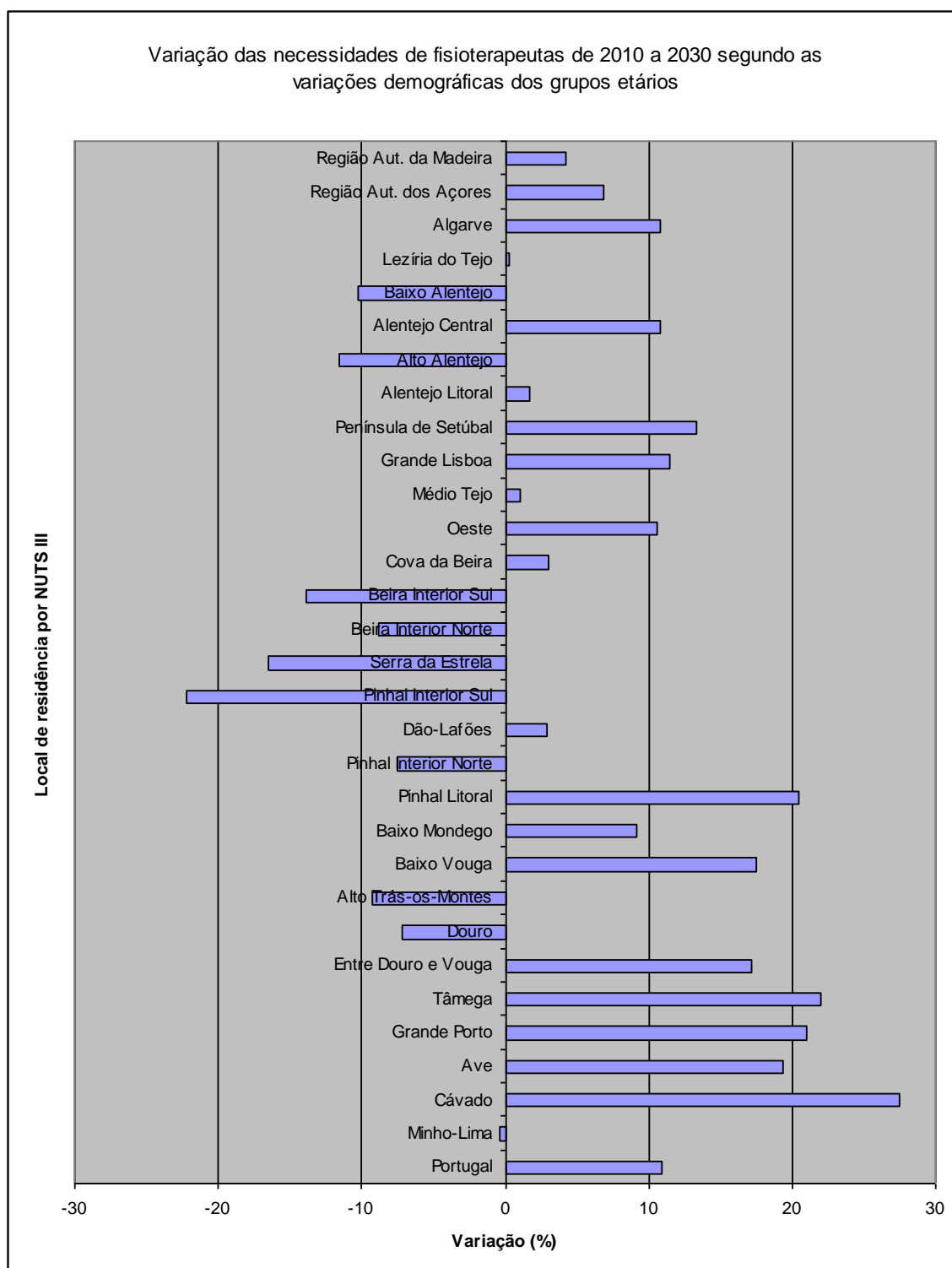
A mesma análise efectuada por NUTS II, não registou variações negativas. No entanto, a região por NUTS II com maior taxa de população envelhecida em 2007, (Alentejo), apresenta a menor variação de crescimento do mesmo grupo etário “mais de 65 anos”. O maior crescimento está previsto para a região norte do país (Gráfico 27).

Gráfico 27 - Evolução do grupo etário (mais de 65 anos) de 2010 a 2030 por NUTS II.



De forma a ponderar a variação de todos os grupos etários por região NUTS III, calculou-se a variação das necessidades de fisioterapeutas por região. No plano geral, a diminuição da população total prevista até 2030 produz uma variação negativa. O incremento com maior impacto previsto vai para as regiões do Cávado, Tâmega, Pinhal Litoral da região centro e o Grande Porto da região norte do país com uma variação positiva superior a 20% (Gráfico 28).

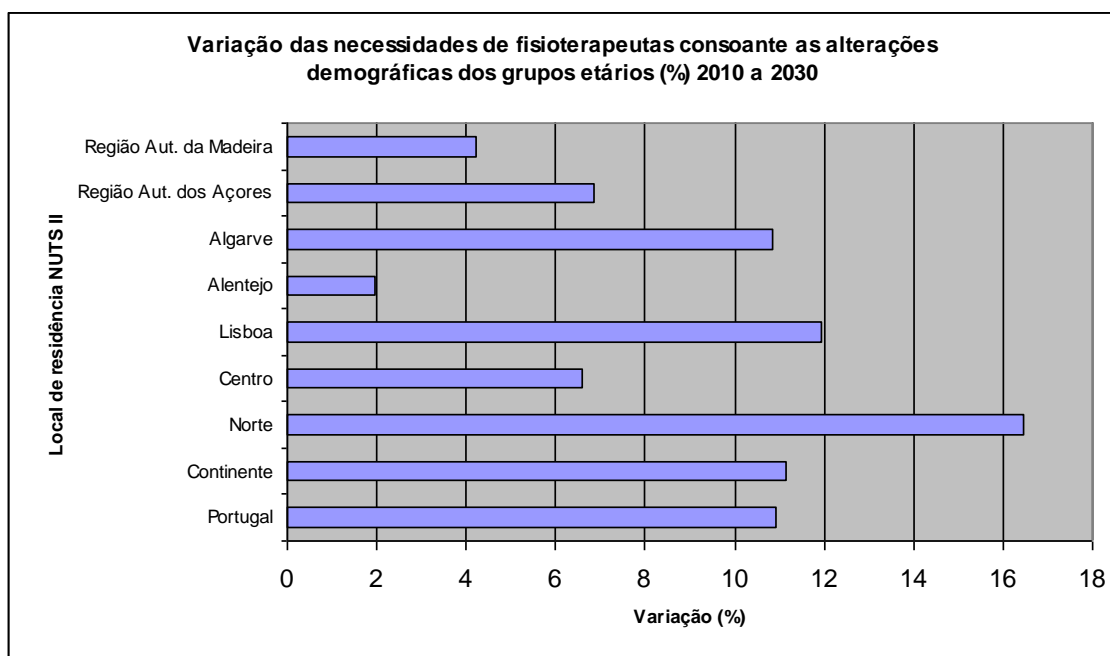
Gráfico 28 - Variação das necessidades de fisioterapeutas pelas alterações demográficas por grupos etários de 2010 a 2030 por NUTS III.



O Gráfico 29, mostra uma variação das necessidades de fisioterapeutas por região NUTS II menos exuberante do que a anterior. As necessidades de fisioterapeutas são positivas em todas as regiões variando entre números aproximados de 2 e 16%. A região norte espera maior crescimento de necessidades, e

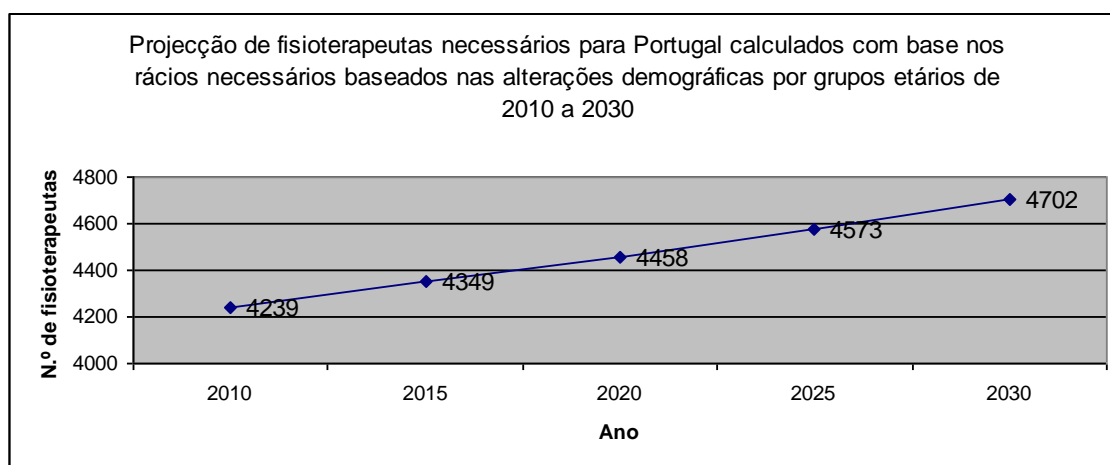
o Alentejo espera uma variação menor das necessidades, devidas às alterações demográficas da população.

Gráfico 29 - Variação das necessidades de fisioterapeutas pelas alterações demográficas por grupos etários de 2010 a 2030 por NUTS II.



O Gráfico 30 apresenta as necessidades de fisioterapeutas estimados para Portugal de 2010 a 2030. Ponderando apenas as alterações demográficas, o país necessitaria de mais 9,85% de fisioterapeutas em 2030 em relação a 2010.

Gráfico 30 - Variação total das necessidades de fisioterapeutas pelas alterações demográficas por grupos etários de 2010 a 2030 para Portugal.

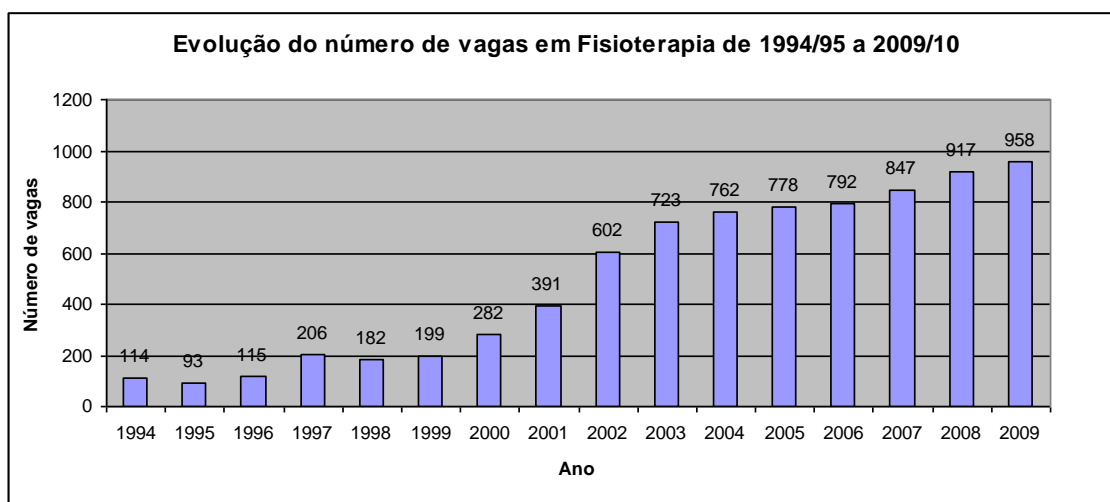


Nota: Os cálculos tem por base os fisioterapeutas existentes em Portugal em 2007 (4108 fisioterapeutas).

ix. Localização geográfica das necessidades regionais por NUTS II e III e comparação com a localização da oferta de vagas para o curso de fisioterapia

Para abordar esta secção do trabalho, optou-se por mostrar a evolução do número de vagas para o curso superior de fisioterapia em Portugal até o ano lectivo de 2009/10 (Gráfico 31). Verifica-se um aumento positivo para todos os anos lectivos com a excepção de 1998/99.

Gráfico 31 - Evolução do número de vagas de 1994/95 a 2009/10.



Partindo do último ano lectivo de que se dispõe de dados, organizaram-se as Escolas Superiores de Saúde e respectivas vagas de 2009/10 pela sua localização geográfica por NUTS III (Quadro 98). Apesar de não constituir objecto deste trabalho, considerou-se pertinente a observação da distribuição das vagas para o curso de fisioterapia e a sua comparação com as regiões que se estimam ser as mais carenciadas de fisioterapeutas. Verifica-se que o maior número de estabelecimentos, e também maior número de vagas, se encontra na Grande Lisboa. De 958 vagas distribuídas pelo território nacional, 215 (22,44%) localizam-se na Grande Lisboa.

Quadro 98 - Instituições que administram o curso superior de fisioterapia por Local do estabelecimento e vagas em 2009/10 com somatório de vagas por NUTS III.

Instituição	Nº vagas 2009/10	Localização em NUTS III (união das regiões)	Nº vagas 2009/10 por região NUTS III
ISAVE - INSTITUTO SUPERIOR DE SAÚDE DO ALTO AVE	70	3. Ave	130
IPSN - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO AVE	60		
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DO PORTO	60	4. Grande Porto	170
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET - VILA NOVA DE GAIA	40		
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA	70		
IPSN - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA	60	5. Tâmega	60
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET - NORDESTE	40	8. Alto Trás-os-Montes	40
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO	22	9. Baixo Vouga	22
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE COIMBRA	30	10. Baixo Mondego	30
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LEIRIA	35	11. Pinhal Litoral	35
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET - VISEU	40	14. Dão-Lafões	40
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS	26	17. Beira Interior Sul	26
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA	35	20. Grande Lisboa	215
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE ATLÂNTICA	50		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO ALCOITÃO	50		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA	80		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL	40	21. Península de Setúbal	90
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ	50		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET – ALGARVE	100	28. Algarve	100
TOTAL	958		958

O Quadro 99, organiza as Escolas Superiores de Saúde e respectivas vagas de 2009/10 por NUTS II. O maior número de estabelecimentos e também maior número de vagas encontra-se na região norte do país, contando com 7 estabelecimentos de ensino (36,84%) totalizando 400 vagas (41,75%) neste ano lectivo. A região centro integra 5 estabelecimentos de ensino (26,32%) oferecendo apenas 153 vagas (15,97%).

Quadro 99 - Instituições que administram o curso superior de fisioterapia por Local do estabelecimento e vagas em 2009/10 com somatório de vagas por NUTS II.

Instituição	Nº vagas 2009/10	Localização em NUTS II	Nº vagas 2009/10 por região NUTS II
ISAVE - INSTITUTO SUPERIOR DE SAÚDE DO ALTO AVE	70	Norte	400
IPSN - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO AVE	60		
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DO PORTO	60		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET - VILA NOVA DE GAIA	40		
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA	70		
IPSN - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA	60		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET - NORDESTE	40		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO	22	Centro	153
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE COIMBRA	30		
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LEIRIA	35		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET - VISEU	40		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS	26		
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA	35	Lisboa	305
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE ATLÂNTICA	50		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO ALCOITÃO	50		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA	80		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL	40		
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ	50	Algarve	100
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET – ALGARVE	100		
TOTAL	958		958

O Quadro 100, compara as estimativas dos fisioterapeutas necessários e respectiva representatividade por NUTS II, com o número de vagas e sua proporção para o curso de fisioterapia por NUTS II. Numa análise preliminar existem algumas diferenças entre as necessidades estimadas e a localização geográfica do número de vagas oferecidas pelos estabelecimentos de ensino superior.

Quadro 100 - População total, instituições que administram o curso superior de fisioterapia por
Localização geográfica e vagas em 2009/10 com somatório de vagas por NUTS II.

Local de residência por NUTS II	População . total	Fts necessários por Grupos etários	Proporção dos Fts necessários (%)	Vagas nos cursos de fisioterapia	Proporção das vagas (%)
Portugal	10608335	4108	100	958	100
Continente	10118576	3938	96	958	100
Norte	3744789	1387	34	400	42
Centro	2385901	975	24	153	16
Lisboa	2801320	1080	26	305	32
Alentejo	762609	327	8	0	0
Algarve	423957	169	4	100	10
Região Aut. dos Açores	243512	83	2	0	0
Região Aut. da Madeira	246248	86	2	0	0

2.5. Estabelecimento de séries temporais de oferta e de procura para definição do equilíbrio

Para estabelecer a proposta da primeira série temporal de oferta, efectuou-se uma troca dos graduados previstos até 2009, pelo número de registos de fisioterapeutas efectuados (Quadro 40). Assim, mantendo o número total de vagas actuais e deduzindo os reformados estimados, em 2030 são previstos existirem 23 792 fisioterapeutas (Quadro 101).

Quadro 101 - Cenário 1: Manutenção do número de vagas de 2009/10.

Ano lectivo	N.º vagas	Vagas acumuladas	Graduados estimados	Cédulas emitidas + Graduados estimados	Previsão de reformas (n.º acumulado)	Oferta (S _{FI})
1994	114	114			n.a.	
1995	93	207			n.a.	
1996	115	322			n.a.	
1997	206	528			n.a.	-
1998	182	710	114		n.a.	-
1999	199	909	93		n.a.	-
2000	282	1191	0		n.a.	-
2001	391	1582	115		n.a.	-
2002	602	2184	206	145	0	145
2003	723	2907	182	1741	5	1736
2004	762	3669	199	1963	7	1956
2005	778	4447	282	2163	13	2150
2006	792	5239	391	2263	18	2245
2007	847	6086	602	3283	26	3257
2008	917	7003	723	4101	37	4064
2009	958	7961	762	5021	48	4973
2010	958	8919	778	5799	59	5740
2011	958	9877	792	6591	72	6519
2012	958	10835	847	7438	90	7348
2013	958	11793	917	8355	119	8236
2014	958	12751	958	9313	134	9179
2015	958	13709	958	10271	143	10128
2016	958	14667	958	11229	166	11063
2017	958	15625	958	12187	189	11998
2018	958	16583	958	13145	215	12930
2019	958	17541	958	14103	253	13850
2020	958	18499	958	15061	277	14784
2021	958	19457	958	16019	311	15708
2022	958	20415	958	16977	356	16621
2023	958	21373	958	17935	397	17538
2024	958	22331	958	18893	453	18440
2025	958	23289	958	19851	506	19345
2026			958	20809	562	20247
2027			958	21767	625	21142
2028			958	22725	693	22032
2029			958	23683	768	22915
2030			958	24641	849	23792

Legenda: n.a. = não aplicado.

Nota: As vagas desde 2026 já não são consideradas para o número de "graduados estimados" até 2030.

O Quadro 103, reúne os dados anteriores com os resultados da previsão da procura, calculada pelo modelo de previsão proposto. Pela análise do quadro, até

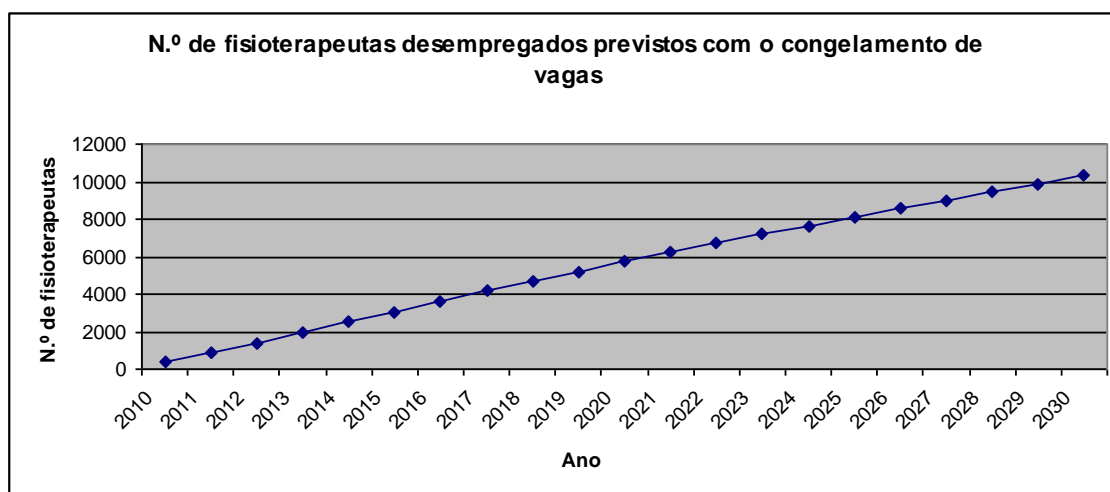
2030 prevê-se um excesso de 10 303 fisioterapeutas, o que implica uma média aritmética de 491 fisioterapeutas, em excesso por ano desde 2010.

Quadro 103 - Excesso de fisioterapeutas previsto com cenário 1.

Ano lectivo	Previsão da procura	N.º vagas	Cédulas emitidas + Graduados estimados	Previsão de reformas	Excesso de fisioterapeutas
1994		114		<i>n.a.</i>	
1995		93		<i>n.a.</i>	
1996		115		<i>n.a.</i>	
1997		206		<i>n.a.</i>	
1998		182		<i>n.a.</i>	
1999		199		<i>n.a.</i>	
2000		282		<i>n.a.</i>	
2001		391		<i>n.a.</i>	
2002		602	145	0	
2003	3393	723	1741	5	-1657
2004	3639	762	1963	7	-1683
2005	3895	778	2163	13	-1745
2006	4160	792	2263	18	-1915
2007	4436	847	3283	26	-1179
2008	4724	917	4101	37	-660
2009	5021	958	5021	48	-48
2010	5329	958	5799	59	411
2011	5650	958	6591	72	869
2012	5984	958	7438	90	1364
2013	6330	958	8355	119	1906
2014	6687	958	9313	134	2492
2015	7057	958	10271	143	3071
2016	7438	958	11229	166	3625
2017	7829	958	12187	189	4169
2018	8230	958	13145	215	4700
2019	8640	958	14103	253	5210
2020	9058	958	15061	277	5726
2021	9484	958	16019	311	6224
2022	9917	958	16977	356	6704
2023	10355	958	17935	397	7183
2024	10798	958	18893	453	7642
2025	11245	958	19851	506	8100
2026	11693		20809	562	8554
2027	12143		21767	625	8999
2028	12594		22725	693	9438
2029	13043		23683	768	9872
2030	13489		24641	849	10303

O Gráfico 32 ilustra a evolução do número de desempregados previstos desde 2010 mantendo-se estável o número de vagas actuais.

Gráfico 32 - Número de desempregados por ano tendo em conta o congelamento das vagas desde 2009/10.



O Quadro 104, apresenta a segunda proposta, de uma série temporal de oferta. Este cenário apresenta as medidas necessárias para o controlo mais rápido do desemprego dos fisioterapeutas. O primeiro ano que poderá sofrer alterações quanto ao controlo da oferta de vagas (*numerus clausus*) é o de 2010/2011. Segundo o modelo proposto, a oferta de vagas para o curso de fisioterapia começa a ser excessiva desde 2010, provocando um desequilíbrio entre a oferta e a procura. Assim, de forma a controlar mais rapidamente o desemprego a partir de 2015, este cenário propõe seis anos de regulação, sem abertura de vagas para o curso de fisioterapia, de 2010 a 2016. Assim, o equilíbrio é atingido apenas em 2021.

Quadro 104 - Cenário 2: Regulação do número de vagas baseada no modelo de previsão.

Ano lectivo	Previsão pelo modelo	N.º vagas	Nº graduados previstos	Cédulas emitidas + Graduados estimados	Fisioterapeutas estimados
1994		114			
1995		93			
1996		115			
1997		206			
1998		182	114		
1999		199	93		
2000		282	0		
2001		391	115		
2002		602	206	145	145
2003	3393	723	182	1741	1736
2004	3639	762	199	1963	1961
2005	3895	778	282	2163	2157
2006	4160	792	391	2263	2258
2007	4436	847	602	3283	3275
2008	4724	917	723	4101	3871
2009	5021	958	762	5021	4741
2010	5329	0	778	5799	5740
2011	5650	0	792	6591	6519
2012	5984	0	847	7438	7348
2013	6330	0	917	8355	8236
2014	6687	0	958	9313	9179
2015	7057	0	0	9313	9170
2016	7438	482	0	9313	9147
2017	7829	478	0	9313	9124
2018	8230	479	0	9313	9098
2019	8640	499	0	9313	9060
2020	9058	499	0	9313	9036
2021	9484	505	482	9795	9484
2022	9917	513	478	10273	9917
2023	10355	519	479	10752	10355
2024	10798	524	499	11251	10798
2025	11245	527	499	11751	11245
2026	11693		505	12255	11693
2027	12143		513	12768	12143
2028	12594		519	13287	12594
2029	13043		524	13811	13043
2030	13489		527	14338	13489

Nota: Apesar de não estarem representados no quadro, foram contemplados os reformados estimados.

O Quadro 105, exhibe a terceira proposta de série temporal da oferta. Este cenário, pretende ser mais favorável às instituições e ao seu corpo docente. Aplicando uma função “*smooth*” às vagas propostas no cenário 2, a diferença entre os anos de regulação e os anos seguintes, é dissolvida por todos os anos, permitindo uma

melhoria da gestão do corpo docente das instituições. Este cenário prevê o equilíbrio entre a oferta e a procura apenas em 2030.

Quadro 105 - Cenário 3: Aplicação da função “smooth”.

Ano lectivo	Previsão pelo modelo	N.º vagas	Nº graduados previstos	Cédulas emitidas + graduados estimados	Fisioterapeutas estimados
1994		114			
1995		93			
1996		115			
1997		206			
1998		182	114		
1999		199	93		
2000		282	0		
2001		391	115		
2002		602	206	145	145
2003	3393	723	182	1741	1736
2004	3639	762	199	1963	1961
2005	3895	778	282	2163	2157
2006	4160	792	391	2263	2258
2007	4436	847	602	3283	3275
2008	4724	917	723	4101	3871
2009	5021	958	762	5021	4741
2010	5329	450	778	5799	5740
2011	5650	375	792	6591	6519
2012	5984	300	847	7438	7348
2013	6330	300	917	8355	8236
2014	6687	300	958	9313	9179
2015	7057	300	450	9763	9620
2016	7438	300	375	10138	9972
2017	7829	300	300	10438	10249
2018	8230	300	300	10738	10523
2019	8640	300	300	11038	10785
2020	9058	300	300	11338	11061
2021	9484	300	300	11638	11327
2022	9917	300	300	11938	11582
2023	10355	300	300	12238	11841
2024	10798	300	300	12538	12085
2025	11245	300	300	12838	12332
2026	11693		300	13138	12576
2027	12143		300	13438	12813
2028	12594		300	13738	13045
2029	13043		300	14038	13270
2030	13489		300	14338	13489

Nota: Apesar de não estarem representados no quadro, foram contemplados os reformados estimados.

A última proposta de série temporal da oferta, é apresentada no Quadro 106, intitulado de “compromisso”. Este compromisso assenta na redução do efeito provocado às instituições de ensino superior com os anos de regulação, no cenário 2. O número de vagas proposto para o primeiro ano de regulação neste último cenário é de 300. O número proposto também é drástico para as instituições de ensino superior, no entanto, preserva a abertura de aproximadamente um terço do número de vagas actual. Propõe-se um equilíbrio para respeitar os estabelecimentos de ensino e o número de fisioterapeutas desempregados. Estes *numerus clausus* por ano permite o acertar do equilíbrio entre a oferta e a procura em 2026.

Quadro 106 - Cenário 4 – “Compromisso” com os estabelecimentos de ensino e os fisioterapeutas.

Ano lectivo	Previsão pelo modelo	N.º vagas	Nº graduados previstos	Cédulas emitidas + graduados estimados	Fisioterapeutas estimados
1994		114			
1995		93			
1996		115			
1997		206			
1998		182	114		
1999		199	93		
2000		282	0		
2001		391	115		
2002		602	206	145	145
2003	3393	723	182	1741	1736
2004	3639	762	199	1963	1961
2005	3895	778	282	2163	2157
2006	4160	792	391	2263	2258
2007	4436	847	602	3283	3275
2008	4724	917	723	4101	3871
2009	5021	958	762	5021	4741
2010	5329	300	778	5799	5740
2011	5650	300	792	6591	6519
2012	5984	300	847	7438	7348
2013	6330	250	917	8355	8236
2014	6687	250	958	9313	9179
2015	7057	250	300	9613	9470
2016	7438	250	300	9913	9747
2017	7829	200	300	10213	10024
2018	8230	200	250	10463	10248
2019	8640	200	250	10713	10460
2020	9058	200	250	10963	10686
2021	9484	242	250	11213	10902
2022	9917	513	200	11413	11057
2023	10355	519	200	11613	11216
2024	10798	524	200	11813	11360
2025	11245	527	200	12013	11507
2026	11693		242	12255	11693
2027	12143		513	12768	12143
2028	12594		519	13287	12594
2029	13043		524	13811	13043
2030	13489		527	14338	13489

3. Conclusão

A proposta do modelo de previsão do número de fisioterapeutas, apresenta-se como uma possível antevisão de como a fisioterapia poderá evoluir em Portugal. Para o efeito, contou-se com dados internacionais para colmatar a falta de dados a nível nacional. Recorreu-se ao número de fisioterapeutas existentes por ano, que serviram de base para a definição da procura. Os dados obtidos foram incluídos num painel e submetidos a ensaios de crescimento logístico. Em primeiro lugar considerou-se que todos os países tinham o mesmo processo de crescimento logístico, ou seja, considerou-se que a velocidade de crescimento (a) e o rácio de saturação (φ_s) iguais para todos. A heterogeneidade dos processos de crescimento dos países deu origem a um coeficiente de correlação excessivamente baixo. De seguida, foi considerada uma velocidade de crescimento (a) e o rácio de saturação (φ_s) independentes para todos os países. Esta opção foi descartada pelo facto de não ser possível o aproveitamento para o conhecimento do processo português, da diversidade dos processos de crescimento dos países incluídos no estudo. A escolha assentou numa situação intermédia, em que todos os países partilham o mesmo rácio de saturação (φ_s), no entanto, atingem-no a velocidades diferentes.

Entre os países integrados no estudo, grande parte destaca-se pelo contributo que tem prestado à fisioterapia. A breve síntese apresentada de cada país, evidencia alguns momentos históricos da evolução internacional da profissão, que podem beneficiar o estado de empregabilidade dos fisioterapeutas em Portugal. O que mais se destaca, será sem dúvida a autonomia profissional. O facto de o fisioterapeuta ser reconhecido como profissional de primeiro contacto, abre uma nova área de intervenção, podendo, por exemplo, ser integrado na equipa de triagem na urgência hospitalar ou na consulta aberta nos centros de saúde. Inerente a este reconhecimento de competência, poderá associar-se a autorização de prescrição de testes laboratoriais, meios complementares de diagnóstico (MCD) como a radiografia, e a ecotomografia de tecidos moles. O reconhecimento do fisioterapeuta como profissional autónomo e a possibilidade de prescrever MCD, poderá suscitar a abertura de novas áreas de formação profissional pós-graduada, o que elevará os *standards* de prática profissional no nosso país. Por um lado levará ao reconhecimento dos fisioterapeutas por mais profissionais de outras áreas, potenciando o aumento de referência de utentes. De igual modo, tal reconhecimento, destacará a prática da fisioterapia da de pessoas que exercem em áreas que interferem com a da fisioterapia, sem os requisitos legais. Heger-Ross e Sundelin (2007) vêm a autonomia profissional,

a capacidade de prescrever MCD ou testes laboratoriais e a possibilidade de atestar a incapacidade para o trabalho como formas de fazer frente à concorrência feita pelas medicinas alternativas na Suécia.

Face a estes cenários actuais dos países que integram o estudo, este modelo, sugere que até 2030 sejam necessários 13 489 fisioterapeutas para satisfazer as necessidades previstas para Portugal. Este número implica um rácio de 1,32 fisioterapeutas por 1000 habitantes. Apesar do rácio previsto para 2030, estar ainda distante do rácio de saturação previsto (2,59 fisioterapeutas por 1000 habitantes), Portugal é o país que apresenta a evolução calculada mais rápida entre os países participantes no estudo. Note-se que o rácio estimado a 1 de Janeiro de 2009 era de 0,47 fisioterapeutas por 1000 habitantes.

Para atingir o número de fisioterapeutas que se prevê serem necessários, foram manipuladas as vagas de acesso ao curso superior de fisioterapia nos diversos estabelecimentos existentes até ao momento. As quatro séries temporais de oferta propostas, foram equacionadas, tendo em conta diversos factores entre os quais, o respeito pela estabilidade do corpo de docentes das instituições de ensino, e o respeito pelo estado de empregabilidade dos fisioterapeutas. Não sendo cenários que reunirão consenso absoluto, o 4º cenário proposto, denominado “o compromisso”, poderá ser o que reúne maior consenso entre os *stakeholders*.

Inerente ao cumprimento de um dos objectivos propostos para este trabalho, foi o de conhecer o perfil do consumo de fisioterapia em Portugal. Reconhecendo-se as dificuldades encontradas, sabe-se que os resultados obtidos poderão ser limitados quanto à sua generalização. Como refere Biscaia *et al.*, (2003), tal como na maioria dos estudos estatísticos, também este não conseguiu obter todos os dados que pretendia. Aqui, pretendia-se obter uma maior representatividade de instituições prestadoras de fisioterapia, tal como de instituições mediadoras de saúde, cujos dados ficaram significativamente abaixo do esperado. Apesar de os resultados serem baseados em estatísticas recolhidas de instituições públicas que prestam serviços de fisioterapia, os dados obtidos, abrangeram uma parte significativa da população, e da prestação, em território nacional. Como a literatura indica, o grupo etário que tem mais necessidade de fisioterapia são os idosos, podendo ser aqui enquadrados no grupo etário “mais de 65 anos”. Os resultados obtidos acrescentam valor aos existentes, indicando a intensidade de uso deste grupo, da população nacional. Assim, a população com “mais de 65 anos” consome 3 vezes mais fisioterapia que os indivíduos de “25 a 64 anos”, 7 vezes mais que os indivíduos com “15 a 24 anos” e 6 vezes mais que as crianças com idades compreendidas entre os “0 e 14 anos”. Outro dado interessante que deve ser registado, foi resultante do estudo da população

utente que frequentou os serviços de fisioterapia. A representatividade da população que frequentaram os serviços de fisioterapia é diferente do respectivo consumo por grupo etário. Parece que, os indivíduos com “mais de 65 anos” consomem mais técnicas de fisioterapia por episódio que requer tratamento. Note-se que as instituições prestadoras que forneceram os dados em número de utentes, são diferentes das instituições que forneceram os dados em número de técnicas. Como já foi referido, os HUC e o CHBA são as únicas excepções. A conclusão que *os indivíduos com “mais de 65 anos” consomem mais técnicas de fisioterapia por episódio que requer tratamento*, é confirmada pelos dados do CHBA, porém, é negada pelos dados obtidos dos HUC. Seria de interesse a obtenção de mais dados em relação a esta temática tal como a respectiva submissão dos dados a testes estatísticos de forma a contemplar o seu valor.

Os dados obtidos relativos ao consumo, conduziram à estimativa das necessidades em fisioterapeutas da população a nível nacional e regional. Estas necessidades foram traduzidas por rácios de necessidades de fisioterapeutas por habitante, por grupo etário. Verificou-se que algumas regiões com maior taxa de envelhecimento actualmente, que são as que tem também maiores necessidades estimadas de fisioterapia, poderão vir a sofrer uma quebra das necessidades de fisioterapeutas estimadas, até 2030. Caso as necessidades de fisioterapia se mantenham estáveis, pelas alterações demográficas, verifica-se que 10 regiões NUTS III terão fisioterapeutas excedentários, ou seja, terão menos necessidade de fisioterapeutas do que actualmente em 2010. Na maioria das regiões, esta quebra deve-se à diminuição da população com “mais de 65 anos”, no entanto a redução da população geral a nível regional, influenciou também a quebra das necessidades de fisioterapeutas. Portanto, caso se mantenham as necessidades actuais de fisioterapia, no plano nacional, as alterações demográficas da população implicam uma previsão de um incremento de 9,85% mais fisioterapeutas em 2030, em relação a 2010. Este incremento é substancialmente inferior ao esperado, considerando as tendências propostas pelo modelo. Quanto à distribuição do número de vagas por NUTS II, verificou-se que não há formação de fisioterapeutas na região do Alentejo, no entanto existe um número substancial de vagas nas regiões a norte e a sul que poderão colmatar as necessidades da região.

Apesar das limitações, os resultados obtidos devem ser valorizados. Para Birch *et al.*, (1994), os modelos de previsão devem ser vistos como processos de melhoria contínua da qualidade onde os recursos são sujeitos a actualizações regulares, incluindo os desenvolvimentos que surjam tanto do lado da oferta como da procura. Portanto, os resultados não podem ser considerados como definitivos. Estes

resultados têm de ser aperfeiçoados com a continuação da pesquisa na área, acrescentando ao modelo novos dados, que permita manter actualizado os resultados.

O êxito do futuro da profissão poderá ser centrado na “flexibilidade profissional” dos fisioterapeutas. Considera-se, que os fisioterapeutas conseguem uma elevada capacidade de adaptação pela diversidade da sua prática profissional. A inexistência de especialidades parece estar associada a esta versatilidade. Será esta versatilidade capaz de visualizar a procura de áreas de intervenção para além das existentes e para além da fronteira nacional? Haverá espaço para além das fronteiras da Europa? Os fisioterapeutas tem o futuro da fisioterapia nas suas próprias mãos.

4. Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações inerentes à sua tipologia. Dado o horizonte temporal ser alongado, acrescenta maior incerteza, pois desconhece-se a evolução e alterações das políticas educativas e de saúde decorrentes em 20 anos. Reconhecendo as alterações significativas e recentes ao sistema educativo do ensino superior, não serão prováveis alterações significativas da política educativa a curto prazo. Não obstante, à semelhança do passado, supõe-se que continue a evoluir durante os próximos 20 anos. Portanto, em relação às tecnologias da saúde e especificamente, à fisioterapia, desconhecem-se alterações de política educativa que possam afectar a curto e médio prazo a oferta de fisioterapeutas no mercado de trabalho. No entanto será de esperar que o mercado regule pelo menos a médio prazo a oferta de *numerus clausus*, especificamente a nível do ensino particular e cooperativo.

Como refere O'Brien-Pallas *et al.*, (2001), tal como na maioria dos estudos estatísticos, também este não conseguiu obter todos os dados que pretendia. A pesquisa de dados estatísticos a nível nacional e internacional, como já foi referido foi dificultada pela ausência de registos consistentes. Como limitações dos dados obtidos, salienta-se o facto de se desconhecer na maioria dos países as taxas de desemprego dos fisioterapeutas. No plano geral, as profissões relacionadas com a saúde não são flageladas por taxas de desemprego que se verificam em algumas áreas. Conhece-se que a Bélgica apresenta já uma taxa de desemprego significativa, porém desconhecida em termos exactos pelo autor. Este país possui o rácio fisioterapeutas por habitante mais alto dos países que integram o estudo. Na Finlândia e na Noruega, o rácio de fisioterapeutas por habitantes é superior ao da Bélgica. No entanto, desconhece-se se existe registo de desemprego significativo. Seria de grande interesse um maior aprofundamento do funcionamento dos serviços de saúde, nomeadamente o acesso aos serviços de fisioterapia tal como as taxas de desemprego, para se poder interpretar com maior acuidade os números disponíveis.

Outra questão que poderá ser interpretada como uma limitação é a assunção que a Fisioterapia é transversal a todos os países. Apesar de se reconhecer que a Fisioterapia é só uma, e que se encontra em diferentes estados de desenvolvimento da profissão, considera-se que a limitação assenta na cultura de recurso à fisioterapia. O recurso ao fisioterapeuta como agente de primeiro contacto e a implantação/expansão de medicinas alternativas num país pode influenciar o consumo de fisioterapia. Para aperfeiçoamento da interpretação dos rácios, procurou-se obter

dados estatísticos referentes a outras profissões que partilham o mesmo campo de acção. Esta tarefa ainda se verificou como mais complexa que a pesquisa de dados relativos à fisioterapia, sendo consequentemente abortada.

A obtenção do consumo de fisioterapia e o perfil do utilizador também poderia melhorar caso tivesse sido possível a obtenção de dados relativos à prestação de fisioterapia fora das instituições hospitalares públicas. Apesar de inicialmente se ter esperado uma fraca participação, também esta ficou aquém das expectativas. No entanto, os resultados obtidos são de valorizar. Assim, com os dados referentes ao consumo, foi possível estimar o número de fisioterapeutas necessários por grupo etário da população portuguesa. Estes resultados permitiram verificar as necessidades de fisioterapeutas pela variação demográfica do país. Poderá ser diferente com a inclusão de dados oriundos de prestadores privados?

Resumindo, considerando as limitações inerentes à tipologia deste trabalho tal como à limitação dos dados obtidos, considera-se que o estudo possui a necessária credibilidade para ser utilizado para tomadas de decisão relativamente à fisioterapia e aos fisioterapeutas.

Referências Bibliográficas

AIKEN, L.H., *et al.* (2004). Trends in international nurse migration. *Health Affairs*, 21(3), 69 – 77. **Disponível em:**

<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/3/69?maxtoshow=&hits=10&RESULTFOR=MAT=&author1=Barbara%2BNichols&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT&ck=nck> (Consulta realizada a 10.09.2009)

AMARAL, A. (2001). Plano Estratégico de formação para as áreas da Saúde. Grupo de Missão Presidido pelo Professor Doutor Alberto Amaral, Dezembro. **Disponível em:**

<http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/e4yvy3mmap5ai2ammjveywgazn67sjoa3vetgrqsmysnkn12vwo5keoeulhvel3juz6srnppn5j5yvcbnpbqz7ooog/grupomissao.pdf>

(Consulta realizada a 10.09.2009)

AMARAL, A. *et al.* (2002). O Ensino Superior pela Mão da Economia. Fundação da Universidades Portuguesas: Coimbra.

AMARAL, A. (2002). Proposta de Plano Estratégico – Tecnologias da Saúde. Grupo de Missão Presidido pelo Professor Doutor Alberto Amaral. Anexo IV de LOPES, A. M. F. (2004). Implementação do processo de Bolonha a Nível Nacional, por áreas de Conhecimento: Tecnologias da Saúde - Relatório Final. **Disponível em:** http://www.aac.uc.pt/pelouros/informacao/MisteriosBolonha/pareceres/Bolonha_Tecnologias_da_Saude.pdf (Consulta realizada a 20 Maio 2005)

ANELL, A. (2008). The health system in Sweden. Health system snapshots: perspectives from six countries. *Eurohealth*. 14(1); 10-11. **Disponível em:** http://www.euro.who.int/document/obs/Eurohealth14_1.pdf (Consulta realizada a 12.01.2010)

American Physical Therapy Association - APTA – (1992). Environment Statement. *Physical Therapy*. 1992; 72; 378-394.

ARROTEIA, J. (2004). Da Regulação do Ensino Superior: Contributos. Cadernos de Análise Sócio-Organizacional da Educação, Universidade de Aveiro.

Australian Health Workforce Advisory Committee – AHWAC. (2004). Nursing Workforce Planning in Australia - A Guide To The Process And Methods Used By The Australian Health Workforce Advisory Committee AHWAC Report 2004, 1 March 2004.

Disponível em: <http://www.nhwt.gov.au/documents/Publications/2004/Nursing%20workforce%20planning%20in%20Australia.pdf> (Consulta realizada a 02.02.2010)

Australian Medical Workforce Advisory Committee – AMWAC. (2000). Medical workforce planning in Australia Australian Health Review. 23(4). **Disponível em:** http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=AH000008.pdf (Consulta realizada a 04.02.2010)

BIRCH S., *et al.* (1994) Nursing Requirements for Ontario over the Next Twenty Years: Development and Application of Estimation Methods (Working Paper 94-13). *McMaster University, CHEPA, Hamilton, Canada.* **Disponível em:** <http://www.chepa.org/Portals/0/pdf/WP94-13.pdf> (Consulta realizada a 12.10.2009)

BISCAIA, A. *et al.* (2003). Política e gestão de recursos humanos na saúde em Portugal: Controvérsias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral.* Maio/Junho 281-9. **Disponível em:** http://www.ago.pt/attachments/065_rhs_2003.pdf (Consulta realizada a 15.10.2008)

BITHELL, C. (2007). Entry-level physiotherapy education in the United Kingdom: governance and curriculum. *Physical Therapy Reviews.* 12(2), 145-155.

BORBA, H. (2005). A Motivação na realização profissional dos fisioterapeutas. 2º Curso de Pós Graduação em Gestão e Administração em Saúde. Instituto Superior da Maia, Porto.

BOYLE, S. (2008). The health system in England. Health system snapshots: perspectives from six countries. *Eurohealth* 14(1), 1-2. **Disponível em:** http://www.euro.who.int/document/obs/Eurohealth14_1.pdf (Consulta realizada a 12.01.2010)

BURNETT, D. (2004). Physiotherapy Health Human Resources and Planning. National Physiotherapy Advisory Group Project. National Vision for Physiotherapy Services in Canada (2015). *Canadian Physiotherapy Association.* **Disponível em:**

<http://www.physiotherapy.ca/PublicUploads/222543HealthHumanResources.pdf>

(Consulta realizada a 14.07.2009)

BUSSE R. (2008). The health system in Germany. Health system snapshots: perspectives from six countries. *Eurohealth*. 14(1), 5-6. **Disponível em:** http://www.euro.who.int/document/obs/Eurohealth14_1.pdf (Consulta realizada a 12.01.2010)

Canadian Institute for Health Information - CIHI (2000). Health Care in Canada. Ontário. **Disponível em:** <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Healthreport2000.pdf> (Consulta realizada a 13.08.2009)

Canadian Institute for Health Information - CIHI (2001). The Regulation and Supply of Nurse Practitioners in Canada. Ontário. **Disponível em:** <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Hlthrpt2001.pdf> (Consulta realizada a 13.08.2009)

Canadian Institute for Health Information - CIHI (2004). The Regulation and Supply of Nurse Practitioners in Canada. Ontário. **Disponível em:** http://66.219.50.180/NR/rdonlyres/eupfnoflsm47svb74jztwe6cavukhns5ieomhtfrlj7tzlbi_zskigjri7ozmnnv7ozlxsgu7xngtxc73fakqixvpswa/The_Regulation_and_Supply_of_Nurse_Practitioners_in_Canada_e+1+.pdf (Consulta realizada a 14.08.2009)

Canadian Institute for Health Information - CIHI (2006). Health Personnel Trends in Canada 1995 to 2004. (Revised July 2006). Ontario. **Disponível em:** http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Health_Personnel_Trend_1995-2004_e.pdf (Consulta realizada a 25.01.2009)

Canadian Institute for Health Information - CIHI (2007). Health Indicators. Ontário. **Disponível em:** http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/hi07_health_indicators_2007_e.pdf (Consulta realizada a 13.08.2009)

Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators – CAPR; Canadian Physiotherapy Association – CPA (2002). Physiotherapy Human Resources- background paper. Submitted to Health Canada Health Human Resources Strategies Division. **Disponível**

em: <http://www.physiotherapy.ca/PublicUploads/224306HHRBackgroundPaper.pdf>
(Consulta realizada a 10.07.2008)

CARRONDO, E. M. (2006). Formação profissional dos enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. **Disponível em:** <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6276/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENTO.pdf> (Consulta realizada a 11 Junho 2009)

Comissão das Comunidades Europeias – CCE (2008a). LIVRO VERDE sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde. Bruxelas. **Disponível em:** <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:PT:PDF> (Consulta realizada a 12.08.2009)

Comissão das Comunidades Europeias – CCE (2008b). Comunicação da comissão ao parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões: Novas Competências para Novos Empregos Antecipar e adequar as necessidades do mercado de trabalho e as competências. Bruxelas. **Disponível em:** <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0868:FIN:PT:PDF> (Consulta realizada a 21.08.2009).

COMISSÃO EUROPEIA (2007). Dez anos da Estratégia Europeia de Emprego (EEE). Comissão Europeia Direcção-Geral do Emprego, Assuntos Sociais e Igualdade de Oportunidades, Julho 2007. **Disponível em:** <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=101&langId=en&furtherPubs=yes> (Consulta realizada em 3 Julho 2009)

COMUNIDADE EUROPEIA (2002). Versão compilada do tratado que institui a Comunidade Europeia. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, C 325/33, 24 de Dezembro, 2002. **Disponível em:** http://eur-lex.europa.eu/pt/treaties/dat/12002E/pdf/12002E_PT.pdf (Consulta realizada a 03.07.2009)

Congresso Nacional de Fisioterapeutas - C.N.F (2000). Textos de Apoio do 4º Congresso Nacional de Fisioterapeutas, Porto, 2000.

Conselho de Avaliação do Ensino Superior Politécnico – CAESP. (2005). Relatório de avaliação do curso de fisioterapia: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Comissão Externa de avaliação do Ensino Superior Politécnico, Dezembro 2005. **Disponível em:**

http://www.adispor.pt/docs/rel_2004_2005/saude/j3/coimbra_fisioterapia.pdf

(Consulta realizada a 05.02.2008)

CORENS, D. (2007). Health system review: Belgium. Health Systems in Transition, 2007; 9(2): 1–172. **Disponível em:** <http://www.euro.who.int/document/e90059.pdf>

(Consulta realizada a 02.02.2010)

CORREIA, M. (2006). Preparando o futuro - Tribuna Livre. Politecnia, Outubro. Instituto Politécnico de Lisboa. **Disponível em:**

<http://www.ipl.pt/politecnia/n13/TribunaLivre.pdf> (Consulta realizada a 11.06.2009)

Direcção Geral do Ensino Superior – DGES (2008). Parecer sobre o processo de adequação dos cursos da área das Tecnologias da Saúde. **Disponível em:**

<http://www.dges.mctes.pt/NR/ronlyres/A5D453D1-2F67-4980-9ED1-D5505CA3B27E/2151/ParecerTecnologiasdaSaúdeCAPB.pdf>

(Consulta realizada a 12.03.2009)

Direcção Geral da Saúde - DGS (2003). Direcção de Serviços e Planeamento. Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação. Lisboa. **Disponível em:**

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006180.pdf> (Consulta realizada a

10.07.2008)

Direcção Geral da Saúde - DGS (2004a). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. I – Prioridades. Ministério da Saúde, Lisboa.

Direcção Geral da Saúde – DGS (2004b). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. II – Orientações estratégicas. Ministério da Saúde, Lisboa.

Direcção de Serviços de Informação Estatística em Ensino Superior - DSIEES, Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais - GPEARL, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior – MCTES (2009). Vagas e Inscritos no Ensino Superior (200-2001 a 2007-2008) - Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais, Fevereiro de 2009. **Disponível em:**

http://www.gpeari.mctes.pt/archive/doc/vagasinscritos_2001_2008.pdf (Consulta realizada a 2 Maio 2009)

DUCKETT, S. (2000). The Australian health workforce: facts and futures. *Australian Health Review*, 23,(4), 60-77. **Disponível em:** http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=AH000060.pdf (Consulta realizada a 01.02.2020)

EFTEKARI, T. E BAINBRIDGE, L. (2005). Towards a better understanding of Physiotherapy education and practice in Germany. *Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators*. **Disponível em:** http://www.alliancept.org/pdfs/credential_news_physio_in_germany.pdf (Consulta realizada a 15 Maio 2009)

Entidade Reguladora da Saúde – ERS (2006). Avaliação do modelo de celebração de convenções pelo SNS. Porto, Novembro, 2006. **Disponível em:** <http://www2.ers.pt/document/822259/824783.pdf> (Consulta realizada a 13.08.2008)

Entidade Reguladora da Saúde – ERS (2008). Caracterização do acesso dos utentes a serviços de medicina física e de reabilitação. Porto, Abril, 2008. **Disponível em:** <http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/MFR-Relatoriofinal.pdf> (Consulta realizada a 04.01.2009)

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – ESTSL. (2004). Estatutos da Escola Superior da Tecnologia da Saúde Coimbra, Setembro, 2004. **Disponível em:** <http://www.estesl.ipl.pt/pdf/estatutos/pdf> (Consulta realizada a 05.02.2008)

European Centre for the Development of Vocational Training - CEDEFOP (2008). Future skill needs in Europe Medium-term forecast Synthesis report. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. **Disponível em:** http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/information_resources/bookshop/485/4078_en.pdf (Consulta realizada a 14.11.2008)

EUROPEAN COMMISSION (2008a) Regulated professions database. **Disponível em:** http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/regprofs/dsp_regprofs.cfm?pr_ofId=1250

(Consulta realizada a 20.12.2007)

EUROPEAN COMMISSION (2008b). Employment in Europe 2008. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Bruxelas, Outubro, 2008.

Disponível

em:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=113&newsId=415&furtherNews=yes> (Consulta realizada a 29.06.2009)

EUROSTAT (2008). Eurostat regional yearbook 2007. European Commission. Luxembourg.

Disponível

em:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-AF-07-001/EN/KS-AF-07-001-EN.PDF (Consulta realizada a 30.06.2009)

EURYBASE (2009). Organisation of the education system in the French Community of Belgium 2008/09. Education, Audiovisual & Culture Executive Agency. Eurydice.

Comissão

Europeia.

Disponível

em:

http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/eurybase/eurybase_full_reports/BF_EN.pdf (Consulta realizada a 02.03.2010)

FORTIN, M. F. *et al.* (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Tradução: Nídia Salgueiro. Lusodidacta.

Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais - GPEARI, Direcção de Serviços de Informação Estatística em Ensino Superior – DSIEES (2007). A procura de emprego dos diplomados com habilitação superior. *Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais*. Setembro 2007.

Disponível

em:

http://www.gpearl.mctes.pt/archive/doc/Estudo_Desemprego_V28092007.pdf

(Consulta realizada a 25.06.2009)

Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais - GPEARI; Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - MCTES (2008a). A procura de emprego dos diplomados com habilitação superior. Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais. Fevereiro 2008. **Disponível em:**

<http://www.gpearl.mctes.pt/index.php?idc=47&idi=213477> (Consulta realizada a 25.06.2009)

Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais - GPEARl; Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - MCTES (2008b). A procura de emprego dos diplomados com habilitação superior. Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais. Setembro 2008. **Disponível em:** http://www.gpearl.mctes.pt/archive/doc/emprego_dos_diplomados_2008_iii_0.pdf (Consulta realizada a 26.06.2009)

Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais - GPEARl; Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - MCTES (2009). A procura de emprego dos diplomados com habilitação superior. Relatório IV. Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais. Fevereiro 2009. **Disponível em:** http://www.gpearl.mctes.pt/archive/doc/Emp_DiplomadosFev09_4R.pdf (Consulta realizada a 25.06.2009)

Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais - GPEARl (2008). Vagas, Alunos e Diplomados no Ensino Superior - Apresentação de dados: Destaques. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Junho de 2008. **Disponível em:** http://www.gpearl.mctes.pt/archive/doc/AlunosVagasDiplomadosvff_act08.pdf (Consulta realizada a 2 Maio 2009)

GOMES D. D., OLIVEIRA F., OLIVEIRA M. (2004). Implementação do Processo de Bolonha, Relatório do grupo de trabalho, Podologia. Anexo IV de LOPES, A. M. F. (2004). Implementação do processo de Bolonha a Nível Nacional, por áreas de Conhecimento: Tecnologias da Saúde - Relatório Final. **Disponível em:** http://www.aac.uc.pt/pelouros/informacao/MisteriosBolonha/pareceres/Bolonha_Tecnologias_da_Saude.pdf (Consulta realizada a 20 Maio 2005)

HACK, L. M., KONRAD, T. R. (1995). Determination of Supply and Requirements in Physical Therapy. Some considerations and examples. *Physical Therapy*, 75(1).

Health Professions Council – HPC (2008a). Physiotherapists. **Disponível em:** <http://www.hpc-uk.org/aboutregistration/professions/index.asp?id=11#profDetails> (Consulta realizada a 17.02.2008).

HEGER-ROSS, C., SUNDENLIN, G., (2007). Physiotherapy Education in Sweeden. *Physical Therapy Reviews*, 12(2), 139-144.

HIGGS, J., *et al.* (2003). Physiotherapy Education in the changing International Healthcare and Educational Contexts. *Advances in Physiotherapy*, (1), 17-26.

Disponível em: http://pdfserve.informaworld.com/184194_778384746_713795584.pdf

(Consulta realizada a 26.01.2010)

Instituto do Emprego e Formação Profissional – IEFP (2009). Situação do Mercado de Emprego – Relatório Anual – 2008. Gabinete de Comunicação / Núcleo de Informação Científica e Técnica. Fevereiro de 2009. **Disponível em:** http://www.iefp.pt/estatisticas/MercadoEmprego/RelatoriosAnuais/Documents/2008/Relatorio%20Anual_2008.pdf (Consulta realizada a 17.04.2009).

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité – INAMI (2003). La Reforme du Secteur de la Kinesitherapie. Belgique. **Disponível em:** <http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study13/pdf/study13.pdf> (Consulta realizada a 27.06.2009)

JACOBY, I (1995). Forecasting requirements for physical therapists. *Physical Therapy*, 75(1), 38-44.

LANDRY M. D., RICKETSS, T. C., VERRIER, M. C. (2007). The precarious supply of physical therapists across Canada: exploring national trends in health human resources (1991 to 2005). *Human Resources for Health* 2007, 5:(23). **Disponível em:** <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-5-23.pdf> (Consulta realizada a 12.03.2009)

LOBATO, J. (2001). Contributos para o desenho da história das tecnologias da saúde. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Ministérios da Educação e da Saúde, Lisboa.

LOPES, A. (1994). Desenvolvimento Pessoal e Profissional dos Fisioterapeutas: Papel e Modalidades da Formação Contínua. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa. Monografia não publicada.

LOPES, A. M. F. (2004). Implementação do processo de Bolonha a Nível Nacional, por áreas de Conhecimento: Tecnologias da Saúde - Relatório Final. **Disponível em:** http://www.aac.uc.pt/pelouros/informacao/MisteriosBolonha/pareceres/Bolonha_Tecnologias_da_Saude.pdf (Consulta realizada a 20 Maio 2005)

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund - LSR (1999). Descriptions of Professional Requirements for Physiotherapists. *Socialstyrelsen*. **Disponível em:** <http://www.sjukgymnastforbundet.se/Documents/Description.pdf> (Consulta realizada a 14.04.2009)

MAGALHÃES, A. M. (2004). A identidade do ensino superior: política, conhecimento e educação numa época de transição. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Fundação Calouste Gulbenkian, Ministério da Ciência e do Ensino Superior.

Ministério da Ciência Tecnologia e do Ensino Superior – MCTES (1999) Declaração de Bolonha (1999). **Disponível em:** http://www.mctes.pt/docs/ficheiros/Declaracao_de_Bolonha.pdf (Consulta realizada a 10 de Junho, 2005).

Ministério da Ciência Tecnologia e do Ensino Superior – MCTES (2001) Comunicado de Praga (2001). **Disponível em:** http://www.mctes.pt/docs/ficheiros/Bergen_Comunicado.pdf (Consulta realizada a 10 de Junho, 2005).

Ministério da Ciência e do Ensino Superior – MCES (2004) - Nota informativa - Gabinete da Ministra, 9 de Junho. **Disponível em:** http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC15/Ministerios/MCES/Comunicacao/Notas_de_Imprensa/20040609_MCES_Com_Ensino_Saude.htm (Consulta realizada a 13.05.2009)

Ministério da Ciência Tecnologia e do Ensino Superior - MCTES (2008). Nota. Gabinete do Ministro, 8 de Julho, 2008. **Disponível em:** http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/61FCA9F2-A9B2-41C2-B6BF-B637917096FA/0/Vagas_EnsSup_2008_Nota.pdf (Consulta realizada a 18.04.2009)

NOGUEIRA, J. M. A. (2009). Cuidados Continuados: Desafios. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Julho, 2009. **Disponível em:**

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/cuidados_continuados_desafios_final.pdf

(Consulta realizada a 29.11.2009).

O'BRIEN-PALLAS L., *et al.* (1998). Human Health Resources: An analysis of forecasting models. Ottawa. Canadian Nurses Association.

O'BRIEN-PALLAS L, BAUMANN A, DONNER G, MURPHY GT, LUCHASS-GERLASH J, LUBA M (2001): Forecasting Models for Human Resources in Health Care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1):120-129. **Disponível em:**

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/120713587/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> (Consulta realizada a 12.07.2009)

O'BRIEN-PALLAS L., BIRCH, S., BAUMANN, A., MURPHY, G. T. (2001b). Integrating Workforce Planning, Human Resources, and Service Planning. Workshop on Global Health Workforce Strategy. Annecy, France, 9-12 December 2000. World Health Organization- Department of Organization of Health Services Delivery

Geneva, Switzerland. **Disponível em:**

http://www.who.int/hrh/documents/en/Integrating_workforce.pdf (Consulta realizada a 20.04.2009).

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS (2003). SAÚDE: que rupturas? Relatório de Primavera. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

Disponível em:

http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/enodd2pj57tu236vxupjnn2dwrmlnrwjrftskvd6gijj2yygff622rnpn5hqtywaev2hocvrvjnhxarjltfkge4e/RP2003_capa%2bindice.pdf

(Consulta realizada a 10.07.2009)

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS (2004). *Relatório de Primavera 2004. Incertezas ... gestão da mudança na saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública. Junho, Lisboa. **Disponível em:**

<http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/RelatorioPrimavera2004.htm?page=7>

(Consulta realizada a 10.07.2009).

Observatório da Ciência e do Ensino Superior - OCES (2004). Vagas (1994-2003). Cursos de Bacharelato e Licenciatura. **Disponível em:**

<http://www.gpeari.mctes.pt/archive/doc/Vagasde94a03.pdf> (Consulta realizada a

21.10.2008).

Observatório da Ciência e do Ensino Superior -OCES (2005). Evolução do número de vagas do ensino superior 1998-2006. Direcção de Serviços de Estatísticas e Indicadores, Dezembro, 2005. **Disponível em:** <http://www.estatisticas.gpeari.mctes.pt/archive/doc/evolucaoavagas19982006final.pdf> (Consulta realizada a 02.03.2007).

Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2006). Relatório de Primavera Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados. **Disponível em:** http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Informação%20Técnica%20Online/RP_2006.pdf (Consulta realizada a 13.02.2009)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2008). Sistema de Saúde Português – Riscos e Incertezas. **Disponível em:** http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2008.pdf (Consulta realizada a 13.02.2009)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2009). Relatório de Primavera 2009. 10/30 Anos: Razões para continuar. **Disponível em:** http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/eff4laz5tqsnw2c6crviyyysqvzi226ir4xdnh23qgvzgzzxsuwkv3uf5xdothlkocme3jypqhfdwm/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf (Consulta realizada a 14.11.2009)

Organization for Economic Co-operation and Development - OECD (2009). OECD Factbook 2008: Economic, Environmental and Social Statistics.

OLIVEIRA, A (S/d). História da Fisioterapia em Portugal. **Disponível em:** <http://fisioterapia.no.sapo.pt/fisio5.htm> (Consulta realizada a 06.10.2008)

PEGO, G.C.M. (2005) Análise prospectiva do mercado de trabalho dos educadores de infância e dos professores do ensino básico e secundário até 2020. Tese de Mestrado, Departamento de Ambiente e Ordenamento, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Physiotherapy Board of New Zealand – PBNZ (1999). Registration requirements: Competencies and learning objectives, Wellington, New Zealand. **Disponível em:** http://www.physioboard.org.nz/docs/registration_requirements.pdf (Consulta realizada a 18.08.2008)

Physiotherapy Board of New Zealand – PBNZ (2008). Physiotherapists Recertification. Wellington, New Zealand. **Disponível em:** <http://www.physioboard.org.nz/recertification.asp> (Consulta realizada a 18.08.2008)

ROBERFROID D, LEONARD C STORDEUR S (2009). Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? *Human Resources for Health*, 7(10). **Disponível em:** <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-4491-7-10.pdf> (Consulta realizada a 01.02.2010)

SAMUELSON, P. A., NORDHAUS, W. D. (1993). Economia. 14ª Edição. Mc-Graw-Hill.

SANTOS, A. (2000). Aspectos Sociopsicológicos da Formação em Radiologia. Dissertação de mestrado em sociopsicologia da saúde, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

SEIXAS, A. M. (2003). Políticas Educativas e Ensino Superior em Portugal: A inevitável presença do Estado. Quarteto Editora: Coimbra.

SELKER, L. G. (1995). Human Resources Focus Professional Perspective Human Resources in Physical Therapy: Opportunities for Service in a Rapidly Changing Health System. *Physical Therapy*. (75), 31-37. **Disponível em:** <http://ptjournal.apta.org/cgi/reprint/75/1/31> (Consulta realizada a 27.09.2008)

SKINNER, M. A. (2007). Physiotherapy education in New Zealand. *Physical Therapy Reviews*. 12(2), 139-144.

THRELKELD, A. J., PASCHAL, K. A. (2007). Entry-level physical therapist education in the United States of America. *Physical Therapy Reviews*. 12(2), 156-162.

UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES - UEMS (2006). Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa. Traduzido pela Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação em 2009. **Disponível em:** <http://www.spmfr.org/textos/?imr=18&p=2.35> (Consulta realizada a 10.11.2009)

Union Européenne des Médecins Spécialistes - UEMS; Académie Européenne de Médecine de Réadaptation - AEMR (2009). Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa. Traduzido pela Sociedade Portuguesa de Medicina Física e

de Reabilitação em Março de 2009. **Disponível em:** <http://www.spmfr.org/textos/?imr=18&p=2.35> (Consulta realizada a 12.11.2009)

VITAL, E. *et al.* (2006). O Processo de Profissionalização dos Fisioterapeutas Portugueses. *Arquivos de Fisioterapia*. 1(2), 2-13. **Disponível em:** <http://www.afisioterapia.com/artigos/view.asp?id=32> (Consulta realizada a 14.10.2006)

World Confederation for Physical Therapy - WCPT (2003) *Declarations of Principle and Position Statement*. **Disponível em:** <http://www.wcpt.org/common/docs/WCPTPolicies.pdf> (Consulta realizada em 10 de Agosto, 2005)

World Conferation for Physical Therapy - WCPT. (2001). *WCPT: The first 50 years - 1951-2001*. London, UK, WCPT. **Disponível em:** http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-the_first_50_years.pdf (Consulta realizada a 13.08.2009)

World Health Organization - WHO (1981). *Disability prevention and rehabilitation. Reporto f the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation*. Geneva. **Disponível em:** http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf (Consulta realizada a 01.11.2009)

World Health Organization - WHO (2001). *International Classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva. **Disponível em:** http://www.handicapincifre.it/documenti/ICF_18.pdf (Consulta realizada a 02.08.2008)

World Health Organization - WHO (2005). *WHO Disability and Rehabilitation (DAR). Action plan 2006-2011*. Geneva. **Disponível em:** http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf (Consulta realizada a 01.05.2009)

ZURN, P., *et al.* (2004). Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2(13). **Disponível em:** <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13> (Consulta realizada a 12.03.2009)

Endereços na Internet

ACESSO AO ENSINO SUPERIOR (2006). Site Oficial do Acesso ao Ensino Superior de 2006/07. **Disponível em:** <http://www.acessoensinosuperior.pt/indcurso.asp?letra=f> (Consulta realizada em 15 de Outubro, 2006)

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas - APF (1998). Posição da APF sobre a Educação de Fisioterapeutas em Portugal: 16 razões para a transformação dos actuais cursos de Fisioterapia em Licenciaturas de raiz. **Disponível em:** <http://www.apfisio.pt> (Consulta realizada a 10 de Agosto, 2005).

Canadian Institute for Health Information - CIHI (2008). *Workforce Trends of Physiotherapists in Canada, 2007. Ontario.* **Disponível em:** http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=download_form_e&cw_sku=WTP_C2007PDF&cw_ctt=1&cw_dform=N (Consulta realizada a 02.02.2009)

EUROPEAN COMMISSION REGULATED PROFESSIONS DATABASE (2009). Physiotherapist. **Disponível em:** http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?fuseaction=profession.home (Consulta realizada a 20.05.2009).

EURYDICE (2005). Focus on the Structure of Higher Education in Europe. National Trends in the Bologna Process. European Commission. Directorate - General for Education and Culture. **Disponível em:** <http://www.eurydice.org/Documents/FocHE2005/en/Frameset.htm> Consulta realizada a 06.06. 2009)

GRADUATE PROSPECTS (2008). Medical Support Specialisms. **Disponível em:** http://www.prospects.ac.uk/cms/ShowPage/Home_page/Explore_types_of_jobs/Types_of_Job/p!eipal?grpno=C3&state=showgrp (Consulta realizada a 17.02.2008)

Health Professions Council of South Africa – HPCSA (2008). Regulations relating to the constitution of the professional board for physiotherapy, podiatry and biokinetics. Health Professions Act, 1974 ACT NO. 56 OF 1974.

Disponível em: <http://www.info.gov.za/view/DownloadFileAction?id=80004> (Consulta realizada a 06.11. 2009)

Instituto Nacional de Estatística – INE (2008a). Estatísticas do Emprego: 2º trimestre de 2009. Destaque: informação à comunicação social, 14 de Agosto, 2009. **Disponível em:**

http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=73246157&att_display=n&att_download=y (Consulta realizada a 15.09.2009)

Instituto Nacional de Estatística – INE (2008b). Estatísticas do Emprego 2008 - 4º Trimestre. **Disponível em:** <http://www.inr.pt/content/1/743/estatisticas-de-emprego-emprego-das-pessoas-com-deficiencia/> (Consulta realizada a 29.06.2009)

Instituto Nacional de Estatística – INE (2008c). Anuários Estatísticos Regionais - Informação estatística à escala regional e municipal – 2007. **Disponível em:** http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=50906142&att_display=n&att_download=y (Consulta realizada a 15.09.2009)

Instituto Nacional de Estatística – INE (2009). Estatísticas do Emprego: 4º trimestre de 2007. Destaque: informação à comunicação social, 15 de Fevereiro, 2008. **Disponível em:** http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=12639793&att_display=n&att_download=y (Consulta realizada a 15.09.2009)

MINISTRY OF HEALTH (2003). Health Practitioners Competence Assurance Act 2003. Auckland, New Zealand. **Disponível em:** <http://gpacts.knowledge-basket.co.nz/gpacts/public/text/2003/an/048.html> (Consulta realizada a 18.08.2008)

National Board of Health and Welfare – NBHW (2008). Information on how to apply for a licence to practise for medical and paramedical professionals within the EU/EEA or Switzerland, Fevereiro, 2008. **Disponível em:** <http://www.socialstyrelsen.se/en/Licensing/Euleginfoeng.htm> (Consulta realizada a 06.09.2008)

Organization for Economic Co-operation and Development - OECD (2009). OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators **Disponível em:** http://www.oecd.org/document/54/0,3343,en_21571361_44315115_43220022_1_1_1_1,00.html (Consulta realizada a 03.03.2010)

Physiotherapy Board of New Zealand – PBNZ (2003). Physiotherapy Competencies - Competencies and Learning Objectives. **Disponível em:**

<http://www.physioboard.org.nz/index.php?PhysiotherapyCompetencies> (Consulta realizada a 29.10.2008).

Physiotherapy Board of New Zealand – PBNZ (2008). The practice of Physiotherapy. **Disponível em:** <http://www.physioboard.org.nz/index.php?ThePracticeofPhysiotherapy> (Consulta realizada a 29.10.2008).

PORTAL DA SAÚDE (2008a) Serviço Nacional de Saúde. **Disponível em:** <http://min-saude.pt/Portal> (Consulta realizada a 27.07.2008)

PORTAL DA SAÚDE (2008b) História do Serviço Nacional de Saúde. **Disponível em:** <http://min-saude.pt/Portal> (Consulta realizada a 27.07.2008)

PORTAL DA SAÚDE (2008c) Entidade Reguladora da Saúde. **Disponível em:** <http://min-saude.pt/Portal> (Consulta realizada a 27.07.2008)

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - UMCCI (2009a). Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Setembro, 2009. **Disponível em:** http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Guia_RNCCI.pdf (Consulta realizada a 29.11.2009)

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - UMCCI (2009b). Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados no 1º semestre de 2009. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Setembro, 2009. **Disponível em:** http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/relatorio1semestre17-09-2009.pdf (Consulta realizada a 29.11.2009)

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - UMCCI (2009c). Rácios 2 e 3ª fase (07-07-2009). **Disponível em:** [http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Racios%20e%203ª%20fase%20\(07-07-2009\).xls](http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Racios%20e%203ª%20fase%20(07-07-2009).xls) (Consulta realizada a 29.11.2009)

SILVA A. M., ROCHA N., SOUSA L., SANTOS M., CHEDAS M.A. (2000). Relatório Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI Aveiro; Universidade de Aveiro. **Disponível em:**

<http://portal.ua.pt/pcs/relatorio/relatorio.htm> (Consulta realizada a 03.02.2008)

South African Society of Physiotherapy – SASP (2008). Continuing Professional Development. Continuing Professional Development. **Disponível em:** <http://www.physiosa.org.za/?q=node/4> (Consulta realizada a 03.02.2008)

World Confederation for Physical Therapy - WCPT (2009). What is WCPT? **Disponível em:** <http://www.wcpt.org/what-is> 10.08.2009

World Health Organization - WHO (2009). Country profiles. **Disponível em:** <http://www.who.int/gho/countries/en/index.html> (Consulta realizada a 15.03.2010)

Legislação de Referência

SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO REINO.

Diário do Governo de 1901, n.º293 de 26 de Dezembro de 1901. Refere a criação e organização de um “Laboratório de Analyse Clínica” no Hospital Real de S. José.

MINISTÉRIO DO INTERIOR, SECRETARIA GERAL.

Decreto-Lei n.º28794 de 1 de Julho de 1938. Altera os quadros de pessoal dos Hospitais Civis de Lisboa.

MINISTÉRIO DO INTERIOR, DIRECÇÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA.

Portaria 14416 de 9 de Junho de 1953. Aprova o Regulamento da Escola de Enfermagem Artur Ravara, onde se prevê a organização de “Cursos Especiais de Ajudantes de Técnicos de Fisioterapia”.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA.

Portaria n.º 18523. D.R. n.º 135, Série I de 1961-06-12

Regula o funcionamento dos cursos de preparação de técnicos e auxiliares dos serviços clínicos do Ministério da Saúde e Assistência

MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA -

Portaria n.º 19397. D.R. n.º 217, Série I de 1962-09-20

Aprova o Regulamento dos Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos

MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA - DIRECÇÃO-GERAL DOS HOSPITAIS

Portaria nº 19397 D.R. n.º 217, Série I de 1962-09-20. Aprova o Regulamento dos Centros de Preparação de Técnicos e auxiliares dos Serviços Clínicos.

MINISTÉRIO DO ULTRAMAR

Diário do Governo, Série I, n.º19, de 23.01.1964.

Decreto nº 45541 de 23 de Janeiro de 1964 do Ministério do Ultramar

Promulga o Regulamento dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar. Publica em anexo o quadro médico comum do ultramar, o quadro farmacêutico comum do ultramar e o quadro complementar de outros técnicos especializados.

MINISTÉRIO DO ULTRAMAR - DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA DO ULTRAMAR

Decreto nº 45818 D.R. n.º 165, Série I de 1964-07-15 Promulga o Regulamento Geral das Escolas Técnicas dos serviços de Saúde e Assistência do Ultramar

MINISTÉRIO DO ULTRAMAR - GABINETE DO MINISTRO

Decreto nº 45541 de 23 de Janeiro de 1964 D.R. n.º 19, Série I de 1964-01-23 Promulga o Regulamento dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar - Revoga determinadas disposições legislativas

MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA - GABINETE DO MINISTRO

Portaria nº 22034 D.R. n.º 131, Série I de 1966-06-04

Regula as condições para a formação de pessoal técnico especializado dos serviços de reabilitação e autoriza a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa a criar, no seu Centro de Medicina de Reabilitação, em Alcoitão, uma escola de reabilitação

Regulamento (CEE) nº 1612/68 do Conselho, de 15 de Outubro de 1968, relativo à livre circulação dos trabalhadores na Comunidade. *JO L 257 de 19.10.1968, p. 2—12 (DE, FR, IT, NL) Edição especial portuguesa: Capítulo 05 Fascículo 1 p. 0077*

Directiva 89/48/CEE do Conselho de 21 de Dezembro de 1988 relativa a um sistema geral de reconhecimento dos diplomas de ensino superior que sancionam formações profissionais com uma duração mínima de três anos

MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Portaria nº 439/75 D.R. n.º 163, Série I de 1975-07-17

Equipara os cursos técnicos das escolas do serviço de saúde e assistência do ultramar aos dos centros de preparação de técnicos e auxiliares dos serviços clínicos da Secretaria de Estado da Saúde.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA.

Decreto-Lei nº 427-B/77. D.R. n.º 238, Série I de 1977-10-14.

Cria o Ensino Superior de curta duração.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei nº 61/78 D.R. n.º 172, Série I de 1978-07-28

Ratifica, com emendas, o Decreto-Lei nº 427-B/77 de 14 de Outubro

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS E MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DO PLANO E DOS ASSUNTOS SOCIAIS

D.L. n.º 62/79, D.R. n.º 75, Série I de 1979-03-30

Disciplina o regime de trabalho e sua remuneração nos estabelecimentos hospitalares

MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS E DA EDUCAÇÃO

Despacho conjunto D.R. n.º 277, Série II de 1979-11-30

Cria um grupo de trabalho para estudar a viabilidade de conversão das escolas de saúde em escolas superiores de saúde.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Decreto-Lei n.º 513-T/79 D.R. n.º 296, 3.º Suplemento, Série I de 1979-12-26

Define a rede de estabelecimentos do ensino superior politécnico que anteriormente se designava «ensino superior de curta duração»

MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Portaria n.º 709/80 D.R. n.º 220, Série I de 1980-09-23

Reestrutura os centros de formação de técnicos auxiliares dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica

MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS, GABINETE DO MINISTRO

Despacho n.º 59/80 D.R., Série II de 80-12-31.

Suspensão da formação dos fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala dos Centros de Formação de Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DO PLANO, DOS ASSUNTOS SOCIAIS E DA REFORMA ADMINISTRATIVA

Decreto-Lei n.º 371/82 D.R. n.º 210, Série I de 1982-09-10

- Cria as Escolas Técnicos dos Serviços de Saúde de Lisboa, de Coimbra e do Porto

MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS – DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

Despacho de 13 de Janeiro de 1983 do Secretário de Estado da Saúde, D.R. n.º 38 de 83-02-16.

Publicações dos planos de estudos dos cursos da ETSS e da ER.

Resolução do Conselho 85/368/CEE: Decisão do Conselho, de 16 de Julho de 1985, relativa à correspondência de qualificações de formação profissional entre Estados-membros das Comunidades Europeias. *Jornal Oficial nº C 109 de 24/04/1991 p. 0001 – 0002.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria nº 549/86, D.R. n.º 220, Série I de 1986-09-24

Regulamenta as escolas técnicas dos serviços de saúde e os cursos aí ministrados. Revoga a Portaria n.º 709/80 de 23 de Setembro

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei de Base do Sistema Educativo nº 46/86, D.R. n.º 237 de 86-10-14.

Estabelece o quadro geral do sistema educativo.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei nº 247/88 de 13 de Julho D.R. nº 160, Série I de 1988-07-13

Inserir os higienistas orais diplomados pelas escolas superiores de medicina dentária na carreira de técnicos de diagnóstico e terapêutica

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei nº 54/90 D.R. n.º 205, Série I de 1990-09-05. Determina o estatuto e autonomia dos estabelecimentos de ensino superior politécnico.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO.

Despacho nº 18/90, D.R. n.º 208 de 90-09-08.

Homologa os novos planos de estudos para todos os cursos da ETSS e ER.

Jornal Oficial nº L 017 de 25/01/1995 p. 0020.

Directiva nº 92/51/CEE do Conselho de 18 de Junho de 1992 relativa a um segundo sistema geral de reconhecimento das formações profissionais, que completa a Directiva 89/48/CEE.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei nº 11/93, D.R. n.º 12, Série I-A de 1993-01-15

Aprovação do Estatuto do Serviço Nacional de saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 261/93. D.R. n.º 172, Série I-A de 1993-07-24

Regulamenta o exercício das actividades paramédicas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 415/93 D.R. n.º 298, Série I-A de 1993-12-23

Integra o ensino das tecnologias da saúde no sistema educativo

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Decreto-Lei n.º 24/94 D.R. n.º 22, Série I-A de 1994-01-27

Regula o processo de instalação dos estabelecimentos de ensino superior politécnico.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 38/94 D.R. n.º 269, Série I-A de 1994-11-21

Avaliação do ensino superior

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 115/97. D.R. n.º 217, Série I-A de 1997-09-19

Alteração à Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Portaria n.º 413-A/98 D.R. n.º 163, Suplemento, Série I-B de 1998-07-17

Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro

Aprova o Regulamento Geral dos Cursos Bietápicos de Licenciatura das Escolas de Ensino Superior Politécnico

MINISTÉRIOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE

Portaria n.º 505-D /99 D.R. n.º 163, 2.º Suplemento, Série I-B de 1999-07-15

Cria um conjunto de cursos bietápicos de licenciatura nas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 320/99 D.R. n.º 186, Série I-A de 1999-08-11

Regulamenta as profissões técnicas de diagnóstico e terapêutica e cria o Conselho Nacional das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica como órgão de apoio ao

MINISTÉRIO DA SAÚDE

D.L. nº 564/99 de 21 D.R. n.º 295, Série I-A de 1999-12-21

Estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica

MINISTÉRIOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE

Portaria nº 3/2000 D.R. n.º 2, Série I-B de 2000-01-04

Aprova o Regulamento Geral dos Cursos Bietápicos de Licenciatura em Tecnologias da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE - GABINETE DA MINISTRA

Despacho nº 5566/2000, D.R. nº 59, Série II de 2000-03-10

Aprovação dos modelos de cédula profissional e de documento específico de autorização do exercício profissional.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - GABINETE DA MINISTRA

Despacho nº 13935/2000 D.R. nº 155, Série II de 2000-07-07 Regulamento da Avaliação do Desempenho dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria nº 721/2000 D.R. n.º 205, de 05-09-2000.

Define as normas reguladoras da aplicação dos métodos de selecção, na utilização e respectivos factores de ponderação, nos concursos de ingresso e de acesso na carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Portaria nº 1043/2000 D.R. n.º 249, Série I-B de 2000-10-27

Autoriza a Escola Superior de Saúde do Alcoitão a ministrar o curso de licenciatura bietápica em Fisioterapia e aprova o respectivo plano de estudos

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Decreto-Lei nº 99/2001 D.R. n.º 74, Série I-A de 2001-03-28

Coloca as escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde pública sob a tutela exclusiva do Ministério da Educação e procede à reorganização da sua rede, bem como cria os Institutos Politécnicos da Saúde de Coimbra, de Lisboa e do Porto.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Resolução do Conselho de Ministros nº 116/2002 D.R. nº 228, Série I-B de 2002-10-02.

Aprova um conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino superior na área da saúde.

MINISTÉRIO DAS CIDADES, ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E AMBIENTE

Decreto-Lei nº 244/2002 D.R. nº 255, Série I-A de 2002-11-05

Altera os artigos 1.º e 3.º do Decreto-Lei nº 46/89 de 15 de Fevereiro, que estabelece as matrizes de delimitação geográfica da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro D.R. nº 259, Série I-A de 2003-11-08

Cria a rede de cuidados continuados de saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei nº 309/2003. D.R. nº 284, Série I-A de 2003-12-10

Cria a Entidade Reguladora da Saúde.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Resolução do Conselho de Ministros nº 67/2004 D.R. nº 126, Série I-B de 2004-05-29. Cria um grupo de trabalho, na dependência da Ministra da Ciência e do Ensino Superior, com vista à reorganização da rede de ensino superior e define os princípios fundamentais do seu funcionamento

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E DO ENSINO SUPERIOR

Decreto-Lei nº 175/2004 D.R. nº 170, Série I-A de 2004-07-21

Procede à reorganização da rede de ensino superior politécnico na área da saúde

MINISTÉRIOS DAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS E DO TRABALHO, DA CIÊNCIA, INOVAÇÃO E ENSINO SUPERIOR E DA SAÚDE

Despacho Conjunto nº 228/2005 D.R. nº 49, Série II de 2005-03-10

Habilita para o exercício das funções de TDT cursos ministrados em várias escolas, previstos na al. e) do nº 1 do art. 4º do D.L. nº 320/99, de 11 de Agosto.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei Constitucional nº1/2005 D.R. nº 155, Série I-A de 2005-08-12

Sétima revisão constitucional.

PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO

Directiva nº 2005/36/EC, de 7 de Setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. *Official Journal of the European Union L 255/22 EN.*

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Decreto-Lei nº 74/2006 D.R. n.º 60, Série I A, de 24.03.2006.

Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Decreto-Lei nº 74/2006 D.R. n.º 60, Série I-A de 2006-03-24. Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003 de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior)

MINISTÉRIO DA SAÚDE - GABINETE DA SECRETÁRIA DE ESTADO ADJUNTA E DA SAÚDE

Despacho nº 12332/2006 D.R. nº 113, Série II de 12-06-2006.

Novo Modelo de cédula profissional.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 16235/2006 D.R., Série NN, nº 152, de 06-08-2006- Regista a adequação de ciclos de estudos da Universidade Atlântica..

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei nº 212/2006, D.R. n.º 208, Série I de 2006-10-27

Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei nº 219/2007. D.R. n.º 103, Série I de 2007-05-29.

Aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei nº 62/2007, D.R., Série I, de 10-09-2007.

Cria o regime jurídico das instituições de ensino superior.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR DIÁRIO DA REPÚBLICA

Decreto-Lei nº 107/2008, Série I, n.º 121, de 25.06.2008.

Altera os Decretos-Leis n.os 74/2006, de 24 de Março, 316/76, de 29 de Abril, 42/2005, de 22 de Fevereiro, e 67/2005, de 15 de Março, promovendo o aprofundamento do Processo de Bolonha no ensino superior, assim como uma maior simplificação e desburocratização de procedimentos no âmbito da autorização de funcionamento de cursos, introduzindo medidas que garantem maior flexibilidade no acesso à formação superior, criando o regime legal de estudante a tempo parcial, permitindo a frequência de disciplinas avulsas por estudantes e não estudantes, apoiando os diplomados estagiários e simplificando o processo de comprovação da titularidade dos graus e diplomas

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho n.º 19776/2008. D.R. n.º 142, Série II de 2008-07-24

Universidade Fernando Pessoa

Alteração do plano de estudos do 1.º ciclo de Fisioterapia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 19776/2008 D.R. n.º 142, Série II de 2008-07-2

Alteração do plano de estudos do 1º ciclo de Fisioterapia da Universidade Fernando

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25370/2008 D.R. n.º 197, Série II de 2008-10-10

Regista a adequação de ciclos de estudos da Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25373/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25374/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25375/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos do Instituto Politécnico de Coimbra.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25376/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos do Instituto Politécnico de Setúbal.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25378/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25379/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos do Instituto Politécnico de Saúde do Norte — Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25380/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget/Nordeste.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25381/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos do Instituto Politécnico de Saúde do Norte — Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25382/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos do Instituto Politécnico do Porto.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25383/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos da Universidade de Aveiro.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25384/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 25386/2008 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos do Instituto Politécnico de Lisboa.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR - DIRECÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Despacho nº 8896/2009 D.R., Série II, nº 197, de 10-10-2008.

Regista a adequação de ciclos de estudos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Quadro 1 - Cursos homologados a nível nacional, organizados em número de semestres com os respectivos despachos e números de autorização publicados.

Escolas Públicas	Duração do 1º ciclo	Número do Despacho	Número de Autorização
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO	8 semestres	n.º 25383/2008	R/B -AD — 245/2008
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL	8 semestres	n.º 25376/2008	R/B -AD — 216/2008
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS	8 semestres	n.º 25374/2008	R/B -AD — 220/2008
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE COIMBRA	8 semestres	n.º 25375/2008	R/B -AD — 232/2008
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LEIRIA	8 semestres	n.º /2009	R/B -AD — /
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA	8 semestres	n.º 25386/2008	R/B -AD — 296/2008
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DO PORTO	8 semestres	n.º 25382/2008	R/B-AD — 254/2008
Escolas Privadas			
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA	8 semestres	n.º 25384/2008	R/B -AD — 289/2008
IPSN - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA	8 semestres	n.º 25381/2008	R/B -AD — 272/2008
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO ALCOITÃO	8 semestres	n.º 25370/2008	R/B -AD — 222/2008
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ	8 semestres	n.º 25373/2008)	R/B-AD — 240/2008
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET – ALGARVE ¹⁷⁰	8 semestres	n.º 8896/2009	R/B-AD — 265/2008
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET – VISEU ¹⁷¹	8 semestres	n.º 13014/2009	R/B-AD — 17883/2009
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET - NORDESTE	8 semestres	n.º 25380/2008	R/B -AD — 280/2008
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET - VILA NOVA DE GAIA	8 semestres	n.º 25378/2008	R/B -AD — 269/2008
ISAVE - INSTITUTO SUPERIOR DE SAÚDE DO ALTO AVE	6 semestres	n.º 3842/2008	R/B -AD — 1059/2007
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE ATLÂNTICA ¹⁷²	6 semestres	n.º 16235/2006	R/B -AD — 795/2006
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA ¹⁷³	6 semestres	n.º 16057/2006	R/B -AD — 757/2006
	7 semestres	n.º 19776/2008	

Fonte: Direcção – Geral do Ensino Superior (2009) e dados reunidos pelo autor.

¹⁷⁰ Fonte: Webpage do Instituto Piaget in http://www.ipiaget.org/cursos/licenciaturas/escola-superior-saude/plano-de-estudos/ess_fisioterapia.pdf

¹⁷¹ Fonte: Webpage do Instituto Piaget in http://www.ipiaget.org/cursos/licenciaturas/escola-superior-saude/plano-de-estudos/ess_fisioterapia.pdf

¹⁷² Fonte: Webpage da Universidade Atlântica in http://www.uatla.pt/microsite_lic/index.asp?pcont=observacao&pdesc=Observações&Id=6

¹⁷³ Fonte: Webpage da Universidade Fernando Pessoa in http://www.ufp.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=69

APÊNDICE 2

Quadro 2 - Dados da pesquisa internacional em painel.

País	Ano	Registos Fts	População fim ano	fts/ população 1000hab= φ	φ'	gt,t+1
PT	2002	145	10404436	0,014	0,048	3,164
	2003	1741	10471456	0,166	0,176	0,115
	2004	1963	10525474	0,186	0,195	0,093
	2005	2163	10563490	0,205	0,209	0,043
	2006	2263	10591991	0,214	0,257	0,372
	2007	3283	10612998	0,309	0,346	0,222
	2008	4101	10622500	0,386	0,427	0,203
	2009	5021	10622500	0,473	#DIV/0!	#DIV/0!
AS	1991	157	37032168	0,004	0,006	0,677
	1992	313	37986255	0,008	0,010	0,404
	1993	480	38999573	0,012	0,014	0,322
	1994	679	40026751	0,017	0,019	0,249
	1995	892	41019662	0,022	0,024	0,203
	1996	1117	41950608	0,027	0,029	0,143
	1997	1315	42816465	0,031	0,033	0,166
	1998	1582	43620788	0,036	0,039	0,126
	1999	1825	44367539	0,041	0,043	0,079
	2000	2006	45062259	0,045	0,048	0,154
	2001	2374	45706452	0,052	0,055	0,127
	2002	2730	46298141	0,059	0,062	0,113
	2003	3093	46834311	0,066	0,070	0,107
	2004	3479	47314460	0,074	0,077	0,090
	2005	3842	47739585	0,080	0,083	0,068
	2006	4143	48110194	0,086	0,089	0,075
	2007	4493	48429275	0,093	0,096	0,078
	2008	4887	48704333	0,100	0,000	0,000
BE	1987	13075	9865999	1,325	0,000	#DIV/0!
	1988	0	9885987	0,000	#DIV/0!	#DIV/0!
	1989	0	9919984	0,000	#DIV/0!	#DIV/0!
	1990	0	9952489	0,000	#DIV/0!	#DIV/0!
	1991	16571	9985483	1,660	0,000	#DIV/0!
	1992	0	10024479	0,000	#DIV/0!	#DIV/0!
	1993	0	10064481	0,000	#DIV/0!	#DIV/0!
	1994	0	10099987	0,000	#DIV/0!	#DIV/0!
	1995	0	10126495	0,000	#DIV/0!	#DIV/0!
	1996	19774	10146995	1,949	1,981	0,033
	1997	20481	10168993	2,014	2,016	0,002
	1998	20562	10191994	2,017	2,049	0,031
	1999	21254	10214494	2,081	2,121	0,038
	2000	22128	10238492	2,161	2,196	0,032
	2001	22923	10268984	2,232	2,247	0,013
	2002	23323	10309974	2,262	2,193	-0,062

	2003	22007	10354478	2,125	2,186	0,056
	2004	23384	10398476	2,249	2,281	0,028
	2005	24171	10449960	2,313	2,348	0,030
	2006	24958	10471998	2,383	2,404	0,017
	2007	25406	10477992	2,425	2,435	0,009
	2008	25693	10503992	2,446	0,000	#DIV/0!
USA	1996	130000	268107491	0,485	0,459	-0,109
	1997	118000	271284648	0,435	0,417	-0,082
	1998	110000	274508828	0,401	0,440	0,186
	1999	134000	277700448	0,483	0,497	0,061
	2000	144000	280858126	0,513	0,510	-0,011
	2001	144000	283937974	0,507	0,515	0,030
	2002	150000	286936650	0,523	0,549	0,097
	2003	167000	289854468	0,576	0,599	0,076
	2004	182000	292669230	0,622	0,603	-0,060
	2005	173000	295494482	0,585	0,589	0,013
	2006	177000	298367071	0,593	0,625	0,105
	2007	198000	300469754	0,659	0,680	0,062
	2008	212000	302479521	0,701	0,000	0,000
SE	1980	6330	8301996	0,762	0,780	0,046
	1981	6639	8314998	0,798	0,818	0,047
	1982	6967	8322500	0,837	0,857	0,047
	1983	7309	8327000	0,878	0,896	0,040
	1984	7614	8332999	0,914	0,934	0,045
	1985	7971	8343497	0,955	0,978	0,047
	1986	8375	8359994	1,002	1,024	0,044
	1987	8781	8383988	1,047	1,074	0,050
	1988	9265	8416979	1,101	1,095	-0,011
	1989	9219	8464452	1,089	1,143	0,097
	1990	10235	8525936	1,200	1,223	0,037
	1991	10703	8587951	1,246	1,268	0,034
	1992	11143	8642462	1,289	1,282	-0,011
	1993	11084	8693463	1,275	1,295	0,032
	1994	11517	8749945	1,316	1,340	0,036
	1995	12011	8803970	1,364	1,385	0,030
	1996	12413	8833997	1,405	1,416	0,016
	1997	12628	8843500	1,428	1,455	0,038
	1998	13124	8848500	1,483	1,505	0,030
	1999	13527	8854499	1,528	1,551	0,030
	2000	13956	8864997	1,574	1,593	0,024
	2001	14326	8883992	1,613	1,631	0,022
	2002	14693	8910488	1,649	1,665	0,019
	2003	15028	8941485	1,681	1,695	0,017
	2004	15342	8975982	1,709	1,724	0,017
	2005	15664	9011982	1,738	1,751	0,015
	2006	15973	9051973	1,765	1,779	0,016
	2007	16310	9096472	1,793	1,800	0,008
	2008	16519	9138978	1,808	0,000	0,000

NZ	1996	2197	3702382	0,593	0,591	-0,008
	1997	2212	3756420	0,589	0,588	-0,002
	1998	2231	3797962	0,587	0,596	0,028
	1999	2311	3824987	0,604	0,614	0,031
	2000	2398	3846483	0,623	0,634	0,032
	2001	2491	3869483	0,644	0,648	0,013
	2002	2551	3909892	0,652	0,653	0,002
	2003	2597	3973846	0,654	0,670	0,051
	2004	2774	4034916	0,687	0,703	0,045
	2005	2933	4079956	0,719	0,781	0,167
	2006	3480	4099000	0,849	0,862	0,029
	2007	3620	4140000	0,874	0,900	0,057
	2008	3847	4156000	0,926	0,000	0,000
CA	1989	9553	27037404	0,353	0,362	0,048
	1990	10189	27489213	0,371	0,377	0,034
	1991	10685	27864003	0,383	0,401	0,088
	1992	11803	28198500	0,419	0,422	0,016
	1993	12132	28524065	0,425	0,437	0,053
	1994	12929	28840064	0,448	0,454	0,026
	1995	13414	29150106	0,460	0,463	0,014
	1996	13747	29456095	0,467	0,467	0,001
	1997	13900	29758632	0,467	0,473	0,023
	1998	14356	30031740	0,478	0,483	0,019
	1999	14752	30280248	0,487	0,491	0,016
	2000	15122	30546168	0,495	0,501	0,024
	2001	15640	30854553	0,507	0,494	-0,052
	2002	15008	31196504	0,481	0,470	-0,047
	2003	14471	31524136	0,459	0,476	0,073
	2004	15715	31832115	0,494	0,516	0,088
	2005	17324	32143626	0,539	0,543	0,015
	2006	17760	32460596	0,547	0,551	0,015
	2007	18167	32722349	0,555	0,000	0,000
RU	1981	15510	56335746	0,275	0,268	-0,055
	1982	14678	56324090	0,261	0,266	0,038
	1983	15234	56303199	0,271	0,276	0,041
	1984	15885	56362481	0,282	0,289	0,051
	1985	16748	56481604	0,297	0,305	0,056
	1986	17758	56618863	0,314	0,323	0,060
	1987	18900	56743868	0,333	0,337	0,022
	1988	19366	56860172	0,341	0,349	0,048
	1989	20376	56996394	0,357	0,364	0,035
	1990	21168	57156943	0,370	0,377	0,036
	1991	22020	57338012	0,384	0,387	0,016
	1992	22445	57511554	0,390	0,397	0,033
	1993	23260	57649164	0,403	0,407	0,019
	1994	23757	57787952	0,411	0,423	0,059
	1995	25259	57943393	0,436	0,442	0,029
	1996	26072	58094558	0,449	0,450	0,005

	1997	26264	58239252	0,451	0,453	0,009
	1998	26569	58394495	0,455	0,466	0,048
	1999	27975	58579556	0,478	0,488	0,043
	2000	29313	58785163	0,499	0,509	0,039
	2001	30602	58999690	0,519	0,523	0,017
	2002	31235	59218407	0,527	0,550	0,082
	2003	34035	59440285	0,573	0,585	0,042
	2004	35643	59701376	0,597	0,605	0,027
	2005	36812	60041779	0,613	0,613	-0,002
	2006	36978	60412598	0,612	0,635	0,073
	2007	40005	60781040	0,658	0,674	0,047
	2008*	42095	61030175	0,690	0,696	0,019
	2009	43017	61217856	0,703	0,000	0,000
DE	1997	49000	81974978	0,598	0,627	0,096
	1998	54000	82041000	0,658	0,688	0,088
	1999	59000	82073496	0,719	0,731	0,032
	2000	61000	82155981	0,742	0,772	0,077
	2001	66000	82280971	0,802	0,831	0,071
	2002	71000	82418971	0,861	0,897	0,080
	2003	77000	82510997	0,933	0,945	0,025
	2004	79000	82525000	0,957	0,981	0,050
	2005	83000	82492497	1,006	1,018	0,023
	2006	85000	82575931	1,029	1,064	0,067
	2007	91000	82706997	1,100	0,000	0,000

Legenda:

ϕ : rácio (fisioterapeutas por 1000 habitantes).

ϕ' : rácio (fisioterapeutas por 1000 habitantes) no meio do intervalo.

$gt,t+1$: taxa de crescimento anual.

APÊNDICE 3

E-mail enviado para as Associações profissionais.

xxxxxx Physiotherapist Association

Fax: (xxxx) 22 56 58 25

Poutena, xxxxxx, 20xx.

Dear xxxxxx,

I'm a physiotherapy master's degree student in Portugal, I'm contacting hoping that you can help me with some issues.

I'm looking up information about physiotherapy statistics worldwide. It's very hard to access the information so I'm asking for help.

I would like to know xxxxxx latest statistics or estimates on:

1. Total number of physiotherapists (workforce), and in the Association:
2. Total number of schools:
3. Number of years and hours for graduation:
4. Total number of students of physiotherapy (*numerus clausus*) and graduates per year:
5. Since I'm comparing the evolution numbers of Portugal with other countries, I would like to know if it's possible to access the statistics of number of physiotherapist in other years so I can make an evolution curve.

If it's possible, you can reply by e-mail or fax.

Thank you very much for your time!

Best regards,

Mário Lopes

Rua XXXXXXXXXXXXXXXD

XXXX-594 XXXXXXXXXXXXXXX

Portugal

Tel. 00351 964 xxx xxx

Fax. 00351 231 xxx xxx

mariolopes77@hotmail.com

APÊNDICE 4

E-mail para as instituições prestadoras de serviços de fisioterapia.

Presidente do Conselho de Administração do

Exma Sra. Dra.

Fax: 2XX XX1 379

Poutena, 24 de Julho, 2008.

Exma Sra. Dra.

Mário Alexandre Gonçalves Lopes, Fisioterapeuta, Cédula profissional n.ºC-019779070, aluno n.º32381 do Mestrado em Políticas e Gestão do Ensino Superior na Universidade de Aveiro, vem por este meio pedir autorização para aceder à estatística do número de utentes e respectivas idades que beneficiaram de fisioterapia dos diferentes serviços existentes no de 2007 (e/ou outros anos recentes). O pedido destes dados fundamenta-se no tema da dissertação de mestrado “Estudo prospetivo do mercado de trabalho dos fisioterapeutas”. Neste sentido pretendia estudar a estatística do número dos utentes para chegar a um indicador de intensidade de uso de fisioterapia para poder prever as futuras necessidades de fisioterapia.

Agradecendo a Vossa atenção despeço-me com os melhores cumprimentos,

Mário Alexandre Gonçalves Lopes

mariolopes77@hotmail.com

Tel. 96X XX1 137

Rua XXXXXXXXXXXXXXXXDr Oliveira, 11, Poutena

XXXX-594 XXXXXXXXXXXXXXXX

APÊNDICE 5

Quadro 3 - Resultados valor do (k).

k	n.º
PT 2009	4,49
AS 2008	24,85
BE 2008	0,06
EUA 2008	2,70
SE 2008	0,44
NZ 2008	1,80
CA 2007	3,67
RU 2009	2,69
DE 2007	1,36

Sendo:

$$K = (J2/\varphi_{tn}) - 1$$

tn = último ano disponível com φ .

APÊNDICE 6

Quadro 4 - Dados fornecidos pela WCPT (não publicados), referentes ao ano 2003 ou aproximado e completados pelo autor. Rácios calculados pelo autor.

País	População	Nº FTs	Rácio Fts/habitante	Rácio 2 Habitantes/Ft	Rácio 1 * 1000
Finland	5231372	9784	0,00187	535	1,870
Belgium	10379067	16500	0,00159	629	1,590
Norway	4610820	6300	0,00137	732	1,366
Iceland	299388	370	0,00124	809	1,236
Switzerland	7523934	8000	0,00106	940	1,063
Netherlands	16491461	17500	0,00106	942	1,061
Sweden	9016596	9500	0,00105	949	1,054
Germany	82422299	80000	0,00097	1030	0,971
Liechtenstein	33987	29	0,00085	1172	0,853
France	60876136	48000	0,00079	1268	0,788
Poland	38536869	30000	0,00078	1285	0,778
Australia	20264082	15513	0,00077	1306	0,766
Luxembourg	474413	350	0,00074	1355	0,738
Croatia	4494749	3000	0,00067	1498	0,667
New Zealand	4076140	2491	0,00061	1636	0,611
Slovenia	2010347	1200	0,00060	1675	0,597
Korea	47849230	28000	0,00059	1709	0,585
Austria	8184691	4500	0,00055	1819	0,550
Bulgaria	7385367	4000	0,00054	1846	0,542
Czech Republic	10235455	5000	0,00049	2047	0,488
Bermuda	65773	28	0,00043	2349	0,426
Canada	33098932	13500	0,00041	2452	0,408
USA	298444215	108000	0,00036	2763	0,362
Malta	400214	140	0,00035	2859	0,350
Uruguay	3431932	1000	0,00029	3432	0,291
Greece	10688058	3000	0,00028	3563	0,281
Cyprus	784301	200	0,00026	3922	0,255
Japan	127463611	31809	0,00025	4007	0,250
Yugoslavia	8141000	2000	0,00025	4071	0,246
Argentina	39921833	9000	0,00023	4436	0,225
Hungary	9981334	2250	0,00023	4436	0,225
Spain	40397842	8000	0,00020	5050	0,198
Estonia	1324333	250	0,00019	5297	0,189
Portugal	10605870	2000	0,00019	5303	0,189
Chile	16134219	3000	0,00019	5378	0,186
Bahrain	698585	110	0,00016	6351	0,157
Hong Kong	6940432	1014	0,00015	6845	0,146
Puerto Rico	3927188	491	0,00013	7998	0,125
Barbados	279912	30	0,00011	9330	0,107
TOTAL	947614703	466075	0,00049	2033	0,492

South Africa	44187637	4098	0,00009	10783	0,093
Latvia	2274735	200	0,00009	11374	0,088
Singapore	4492150	330	0,00007	13613	0,073
Jordan	5906760	400	0,00007	14767	0,068
Panama	3191319	180	0,00006	17730	0,056
Suriname	439117	20	0,00005	21956	0,046
Venezuela	25730435	1000	0,00004	25730	0,039
Trinidad & Tobago	1065842	40	0,00004	26646	0,038
Syria	18881361	700	0,00004	26973	0,037
Sri Lanka	4492150	150	0,00003	29948	0,033
Taiwan	22603001	737	0,00003	30669	0,033
Fiji	905949	27	0,00003	33554	0,030
Botswana	1639833	45	0,00003	36441	0,027
Jamaica	2758124	75	0,00003	36775	0,027
Egypt*	78887007	2000	0,00003	39444	0,025
Guatemala	12293545	300	0,00002	40978	0,024
Iran	68688433	1500	0,00002	45792	0,022
Namibia	2044147	44	0,00002	46458	0,022
Turkey	70413958	1500	0,00002	46943	0,021
Romania	22303552	420	0,00002	53104	0,019
Mexico	107449525	2000	0,00002	53725	0,019
Kenya	34707817	500	0,00001	69416	0,014
Thailand	64631595	900	0,00001	71813	0,014
Zambia	11502010	150	0,00001	76680	0,013
Malaysia	24385858	300	0,00001	81286	0,012
Saudi Arabia	27019731	300	0,00001	90066	0,011
India	1095351995	12000	0,00001	91279	0,011
Philippines	89468677	549	0,00001	162967	0,006
Indonesia	245452739	1300	0,00001	188810	0,005
Tanzania	37445392	91	0,0000024	411488	0,002
Uganda	28195754	55	0,0000020	512650	0,002
Ghana	22409572	35	0,0000016	640273	0,002
Nepal	28287147	31	0,0000011	912489	0,001
Ethiopia	74777981	13	0,0000002	5752152	0,0002

APÊNDICE 7

Resultados do pedido de dados a nível nacional.

- * dados muito incompletos, sem possibilidade de inclusão no estudo.
- ** sem resposta obtida aos pedidos de autorização (e-mail e/ou fax).
- *** autorização negada.

Sub-região Norte

4. Grande Porto: Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE (Hospital Eduardo dos Santos Silva (Unidade I) e Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II) e Hospital da Nossa Senhora da Ajuda – Espinho (Unidade III)).

3. Ave: Centro Hospitalar do Alto Ave E.P.E (Unidade de Fafe e Hospital de Guimarães)

4/3. Grande Porto / Ave: Centro Hospitalar do Médio Ave (Unidade de St. Tirso e Unidade de Famalicão – Vila Nova de Famalicão)

2. Cávado: Hospital de S. Marcos - (Braga)

*Centro Hospitalar do Alto Minho E.P.E. (Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo, Hospital do Conde de Bertiandos - Ponte de Lima) (incompleto, sonho, totais sem idades)

***Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. Hospital de S. Gonçalo, E.P.E. – Amarante (sem resposta), Hospital Padre Américo, Penafiel (n enviado) (negado por não ser colaborador da instituição)

**Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E. – Barcelos (sem resposta)

**Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E. - Hospital Distrital de Bragança (sem resposta), Unidade Hospitalar de Mirandela (sem resposta) – Não enviada especificamente a Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros mas enviado ao Centro Hospitalar.

**Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano – Porto (sem resposta)

**Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo (sem resposta)

**Hospital de São João, E.P.E. – Porto (sem resposta)

**Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. - Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia – Porto (sem resposta) Hospital Geral de Santo António, E.P.E. - Porto (sem resposta)

Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim – Vila do Conde (Unidade da Póvoa do Varzim e Unidade de Vila do Conde) (sem resposta)

****Hospital Magalhães Lemos – Porto (sem resposta)**

****Hospital Joaquim Urbano – Porto (sem resposta)**

Sub-região Centro

9. Baixo Vouga: Hospital Infante D. Pedro E.P.E - Aveiro

10. Baixo Mondego: Hospitais da Universidade de Coimbra E.P.E.

14. Dão-Lafões: Hospital São Teotónio, EPE -Viseu

9. Baixo Vouga: Hospital Distrital de Águeda S.P.A.

10. Baixo Mondego: Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco

Pais, S.P.A. –Tocha

9. Baixo Vouga: Hospital José Luciano de Castro, S.P.A. - Anadia

*Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. (apenas números por ano de 2004 a 2007)

****Centro Hospitalar de Coimbra (sem resposta)**

Sub-região Lisboa e Vale do Tejo

23. Lezíria do Tejo: Hospital Distrital de Santarém

20. Grande Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental E.P.E. - Hospital S. Francisco Xavier - Lisboa, Hospital de Santa Cruz – Carnaxide e Hospital Egas Moniz -Lisboa.

****Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. – Hospital da Rainha Sta Isabel, Torres Novas, Hospital N^a Sr^a da Graça, Tomar, Hospital Dr.Manuel Constâncio, Abrantes (sem resposta)**

****Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. – Hospital Pulido Valente , Hospital Santa Maria (sem resposta)**

Sub-região Alentejo

27. Baixo Alentejo: Unidade Local de Saúde do baixo Alentejo, E.P.E. (hospital José Joaquim Fernandes – Beja, Hospital de São Paulo – Serpa).

Sub-região Algarve

28. Algarve: Centro Hospitalar Barlavento Algarvio (Unidade Hospitalar de Portimão Unidade Hospitalar de Lagos)

28. Algarve: CMR Sul¹⁷⁴

****Hospital Central de Faro (sem resposta)**

Resultados da recepção dos pedidos de autorização:

6 Centros hospitalares (46%)

6 hospitais (46%)

1 Unidade de saúde local (50%)

2¹⁷⁵ Centros de Medicina Física e Reabilitação (100%)

13 centros hospitalares inquiridos:

5 respostas com dados para aproveitamento;

1 resposta com acesso negado;

1 resposta com dados insuficientes para serem incluídos no estudo.

6 sem resposta recebida.

13 hospitais inquiridos:

5 sem resposta recebida.

6 respostas com dados para aproveitamento.

2 resposta com dados insuficientes para serem incluídos no estudo.

2 unidades locais de saúde inquiridas:

1 resposta com dados para aproveitamento.

1 sem resposta recebida.

2 centros de MFR

1 com resposta recebida.

1 com dados insuficientes para incluir no estudo.

174 O Centro de Medicina de Reabilitação do Sul iniciou a sua actividade em 6 de Abril de 2007 e é uma unidade especializada da rede de referenciação hospitalar de medicina física e de reabilitação do Serviço Nacional de Saúde, gerida em regime de parceria público-privada pela GPSaúde – Sociedade Gestora do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, S.A., com base no Contrato de Gestão assinado com o Ministério da Saúde em resultado de concurso público (in <http://cmrsul.gpsaude.pt/gpsCMR/Menu/Institucional/Apresentacao/> 01.09.2009).

175 Um centro de MFR excluído por obter dados insuficientes para inclusão no estudo implicando (50%) de aproveitamento.

Hospitais Privados

- **Hospital Privado São Gonçalo - Lagos
- **Hospital Privado dos Clérigos - Porto
- **Hospital da Misericórdia de Évora
- **Hospital Santa Maria do Porto – Grupo Português Saúde
- **Hospital da Arrábida - Porto
- **Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa
- **Hospital Cuf Descobertas S.A. - Lisboa
- **Centro Hospital de S.Francisco - Grupo Português Saúde – Centro – Leiria
- **Hospital de Santa Maria – Porto (sem resposta)
- ***Hospital da Luz (negado, devido a política interna do hospital)

Mediadoras de Cuidados de Saúde

- *Advanced Care
- **Unimed – Porto e Lisboa
- **Multicare
- **Victoria Seguros – Ramo saúde
- **ARS- Administração Regional de Saúde
- *ADSE- Direcção Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

Clínicas

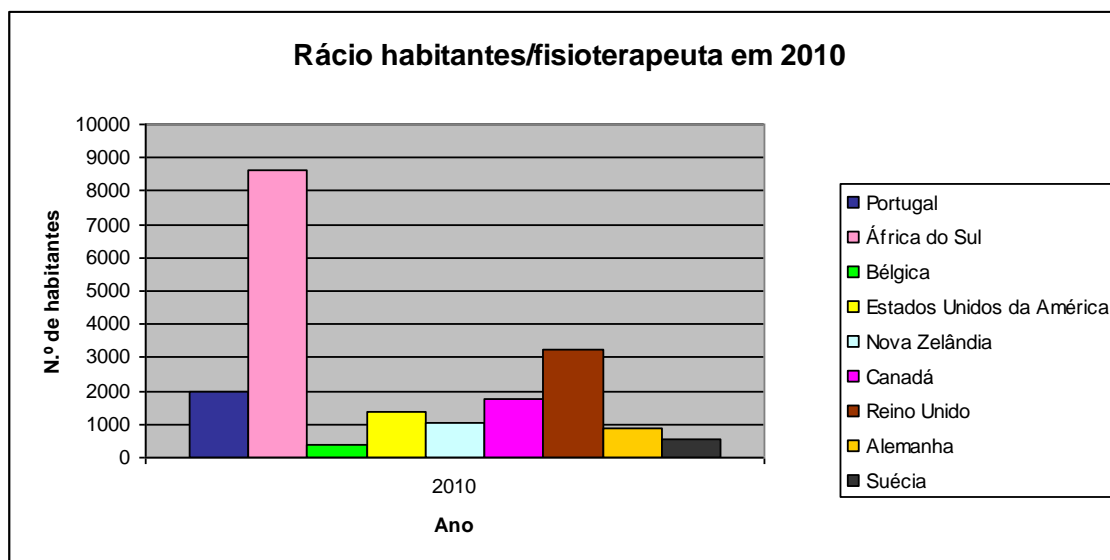
- *Centro de Medicina Física e de Reabilitação da Lourinhã (não dispõe de ficheiro informatizado)
- *Club Clínica das Conchas – Lisboa (não dispõe de ficheiro informatizado)
- **Benficlínica – MFR de São Domingos de Benfica Lda. – Benfica
- **Cefic – Centro Clínico de MFR de Carcavelos Lda. – Carcavelos
- **Centro Medicina Física e de Reabilitação de Sacavém
- **Centro de reabilitação de S.Jorge - Queluz
- **Clínica de Medicina Física e de Reabilitação de Semblano e Teixeira Lda. – Aveiro
- **Fisiav – Clínica de Medicina Física e de Reabilitação de Aveiro Lda.
- **Clínica Diamantino Leal - Medicina Física e de Reabilitação – Paredes
- **MFR - Medicina Física e de Reabilitação Lda. – Porto
- **Clínica de Gondomar
- **Refisica – Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Peniche Lda.
- **Centro Médico e de Reabilitação de São Sebastião da Pedreira - Lisboa
- **Centro Rainha Santa Isabel – Coimbra

**Clínica de Oiã – Aveiro

**Clibairro - Aveiro

APÊNDICE 8

Gráfico 1 - Rácio habitantes por fisioterapeuta em 2010 dos países incluídos no estudo.



APÊNDICE 9

Quadro 5 - Rácios de países não incluídos no estudo.

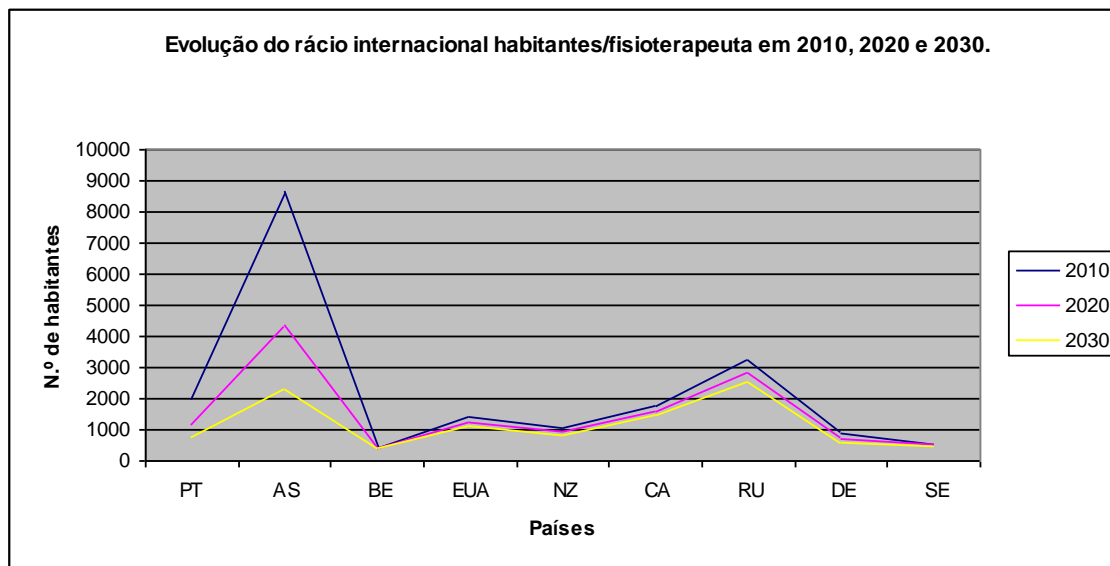
País	Ano		
	2006	2007	2008
Austrália		0,594	
Noruega			2,526
Finlândia			2,485
Turquia	0,041		
Espanha			0,249
Eslovênia	0,501		
Roménia	0,020		
Lichenstein	1,471		
Letónia	0,096		
Estónia	0,246		
Bulgária			0,649
Chile	0,293		
Holanda			1,832
Etiópia			0,002
Líbano			0,189

Nota: O ano corresponde a dia 1 de Janeiro. Cálculos baseados em dados fornecidos pela WCPT (não publicados) e recebidos por e-mail.

Fontes: WCPT (2008): Noruega, Espanha, Eslovênia, Roménia, Turquia, Lichenstein, Letónia e Estónia. Dados obtidos por e-mail: Líbano, Etiópia, Holanda, Chile, Bulgária e Finlândia e Austrália.

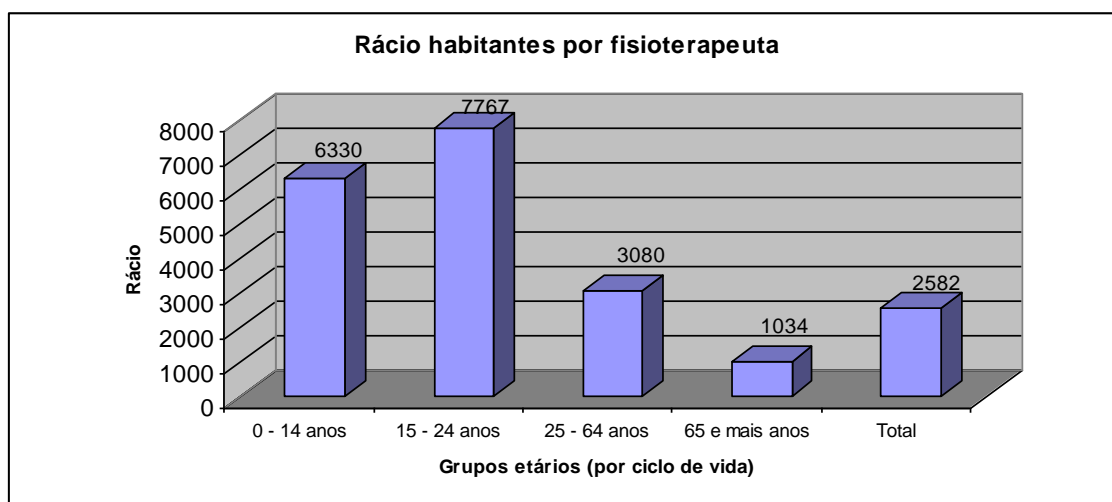
APÊNDICE 10

Gráfico 2 - Rácio habitantes por fisioterapeuta em 2010, 2020 e 2030 dos países incluídos no estudo.



APÊNDICE

Gráfico 3 - Rácio habitantes por fisioterapeuta para Portugal em 2007.



APÊNDICE 12

Quadro 6 - Rácio invertidos habitantes/fisioterapeuta por NUTS III, 2007.

Local de residência NUTS II e NUTS III	População média anual residente (N.º) por Local de residência e Grupo etário (Por ciclos de vida); 2007					Fisioterapeutas estimados		
	Grupo etário (Por ciclos de vida)							
	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	Fisioterapeutas (Grupos etários)	Rácio (fts/10000 hab.)	Rácio (habs./ft)
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º			
Portugal	10608335	1633245	1250768	5885099	1839224	4108	3,9	2582
Continente	10118576	1542410	1177718	5621704	1776745	3935	3,9	2569
Norte	3744789	598376	476722	2102189	567503	1400	3,7	2700
Minho-Lima	251844	34033	31126	134411	52275	102	4,1	2432
Cávado	410554	72434	56557	229552	52013	147	3,5	2860
Ave	523704	87161	70749	298798	66997	188	3,5	2836
Grande Porto	1280674	201425	148328	740625	190297	481	3,7	2694
Tâmega	560619	103851	79867	307156	69745	198	3,5	2892
Entre Douro e Vouga	287224	45325	36416	164282	41202	106	3,7	2735
Douro	213108	29012	27288	113763	43046	86	4,1	2459
Alto Trás-os-Montes	217064	25138	26393	113604	51930	92	4,4	2298
Centro	2385901	337007	276408	1288627	483861	964	4,1	2447
Baixo Vouga	399037	61415	48085	221942	67596	154	3,8	2603
Baixo Mondego	333258	44537	35544	186129	67049	135	4,1	2435
Pinhal Litoral	266484	41336	31531	146424	47193	104	3,9	2568
Pinhal Interior Norte	137770	18514	15592	70573	33092	58	4,3	2302
Dão-Lafões	291487	41685	36822	153487	59494	117	4,1	2456
Pinhal Interior Sul	41337	4410	4445	19806	12676	19	4,8	2072
Serra da Estrela	48093	5470	5828	25411	11385	20	4,3	2304
Beira Interior Norte	110667	13285	12882	56266	28234	48	4,5	2244
Beira Interior Sul	74302	8685	7356	37763	20499	33	4,6	2160
Cova da Beira	91597	11523	10525	49112	20438	38	4,2	2356
Oeste	360615	54640	41529	197838	66609	142	4,0	2529
Médio Tejo	231256	31509	26272	123877	49599	95	4,2	2396
Lisboa	2801320	441328	295037	1594346	470610	1083	3,9	2593
Grande Lisboa	2022579	317595	209970	1146911	348104	787	3,9	2573
Península de Setúbal	778742	123733	85068	447435	122507	296	3,8	2647
Alentejo	762609	101600	83104	403037	174869	320	4,3	2335
Alentejo Litoral	96478	11883	10675	51519	22402	41	4,3	2317
Alto Alentejo	118752	14868	12811	60353	30722	52	4,5	2228
Alentejo Central	170252	22825	18381	88803	40243	72	4,3	2310
Baixo Alentejo	128140	16974	14384	66640	30142	54	4,3	2317
Lezíria do Tejo	248988	35051	26854	135722	51361	101	4,1	2424
Algarve	423957	64100	46448	233507	79903	168	4,0	2506
Algarve	423957	64100	46448	233507	79903	168	4,0	2506
Região Aut. dos Açores	243512	46671	37708	128921	30213	85	3,4	2923
Região Aut. da Madeira	246248	44165	35342	134475	32267	88	3,5	2851

APÊNDICE 13

Quadro 7 - Rácio invertidos habitantes/fisioterapeuta por NUTS II, 2007.

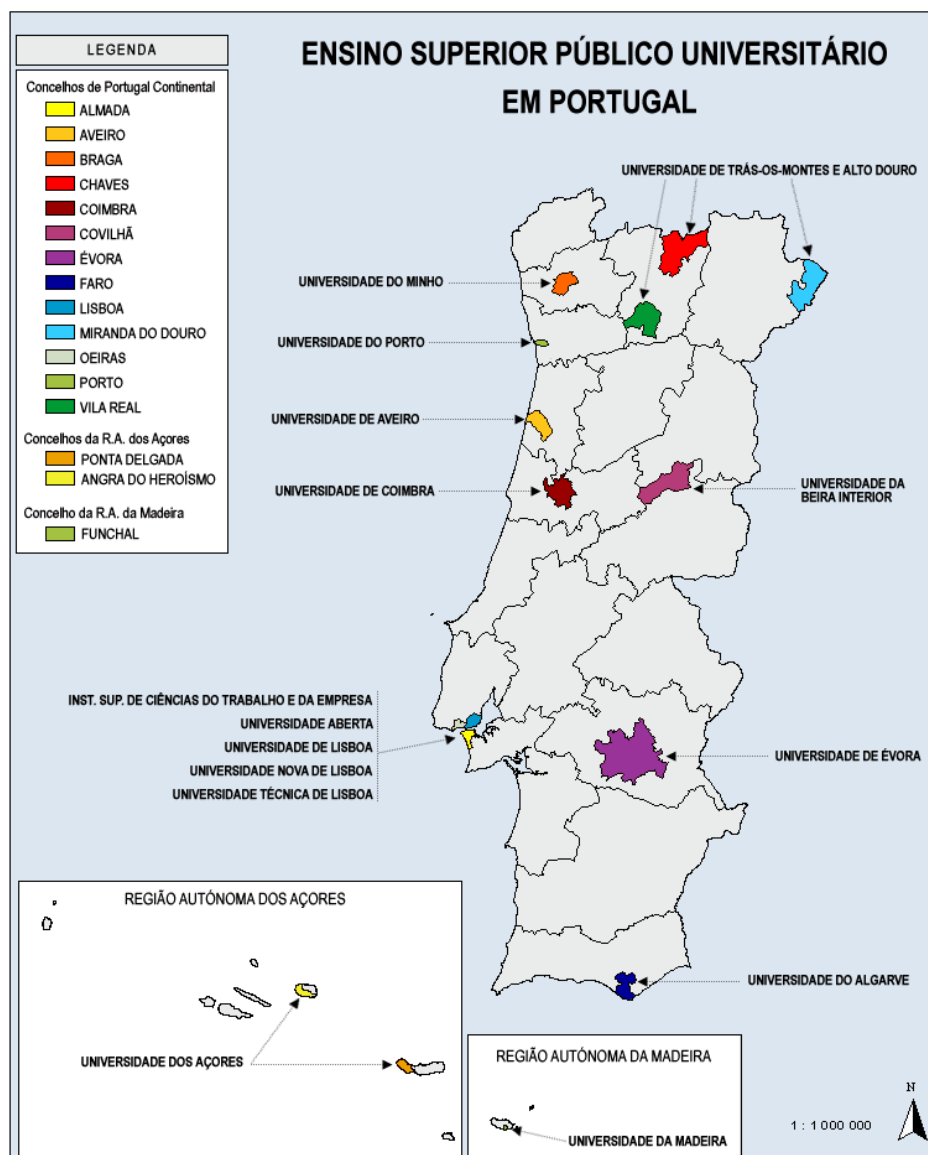
Local de residência NUTS II	População Total	Nº de fisioterapeutas Grupos etários	Rácios		
			Ft/hab.	Rácio Ft/ 10000 hab.	Habitantes por fisioterapeuta
Portugal	10608335	4108	0,00039	3,9	2582
Continente	10118576	3938	0,00039	3,9	2569
Norte	3744789	1387	0,00037	3,7	2700
Centro	2385901	975	0,00041	4,1	2447
Lisboa	2801320	1080	0,00039	3,9	2593
Alentejo	762609	327	0,00043	4,3	2335
Algarve	423957	169	0,00040	4,0	2506
Região Aut. da Madeira	246248	83	0,00034	3,4	2956
Região Aut. dos Açores	243512	86	0,00035	3,5	2819

ANEXOS

ANEXO 1

Distribuição da rede de ensino superior público universitário, particular e cooperativo universitário e particular e cooperativo politécnico em Portugal.

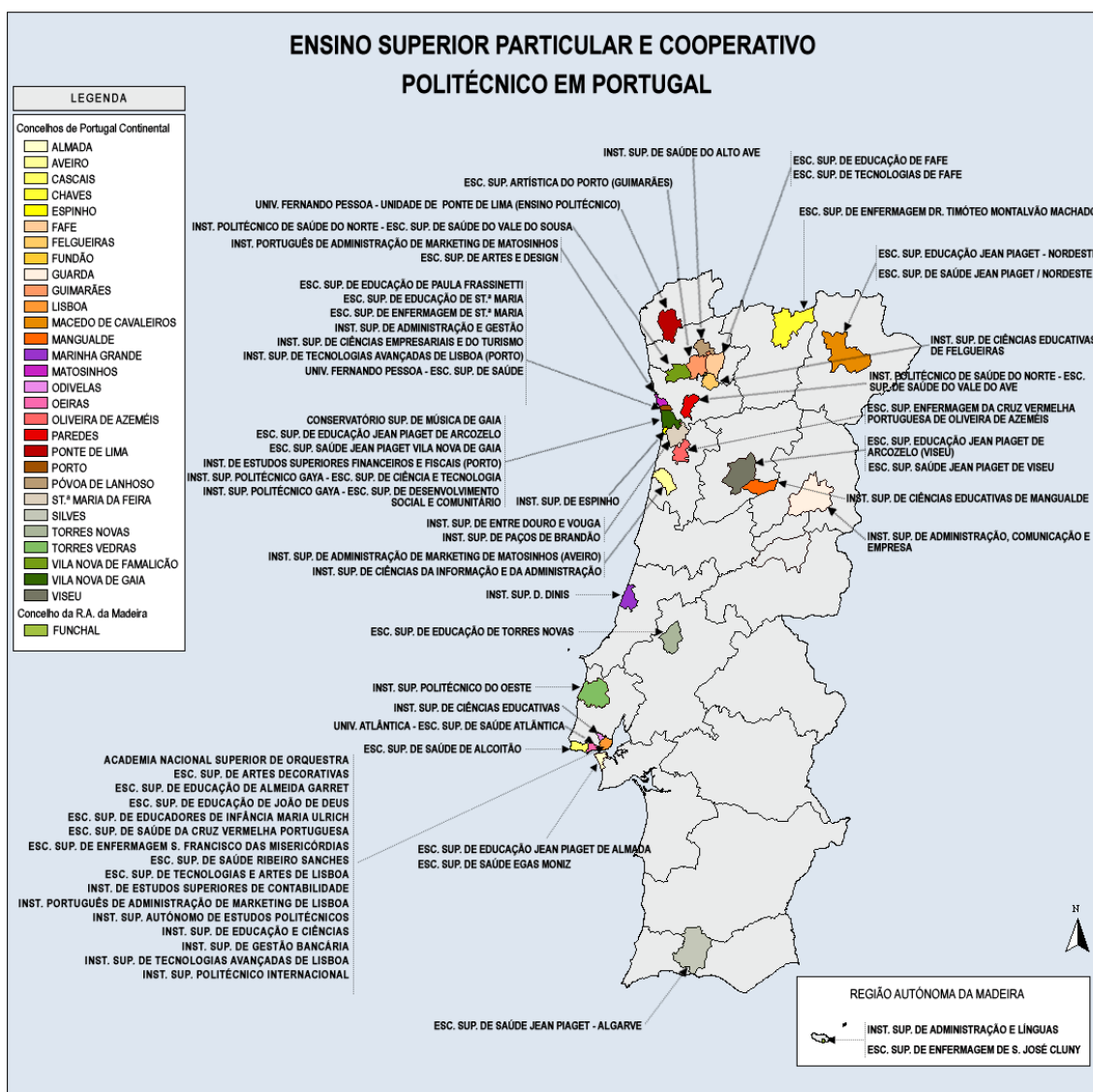
Figura 1 – Distribuição da rede de ensino superior público universitário em Portugal.



Fonte: DGES, MCTES¹⁷⁶, (2009).

176 http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/F4213181-E841-4148-B354-921BBADF686E/1348/mapa_PubUniv.gif 07.07.2009

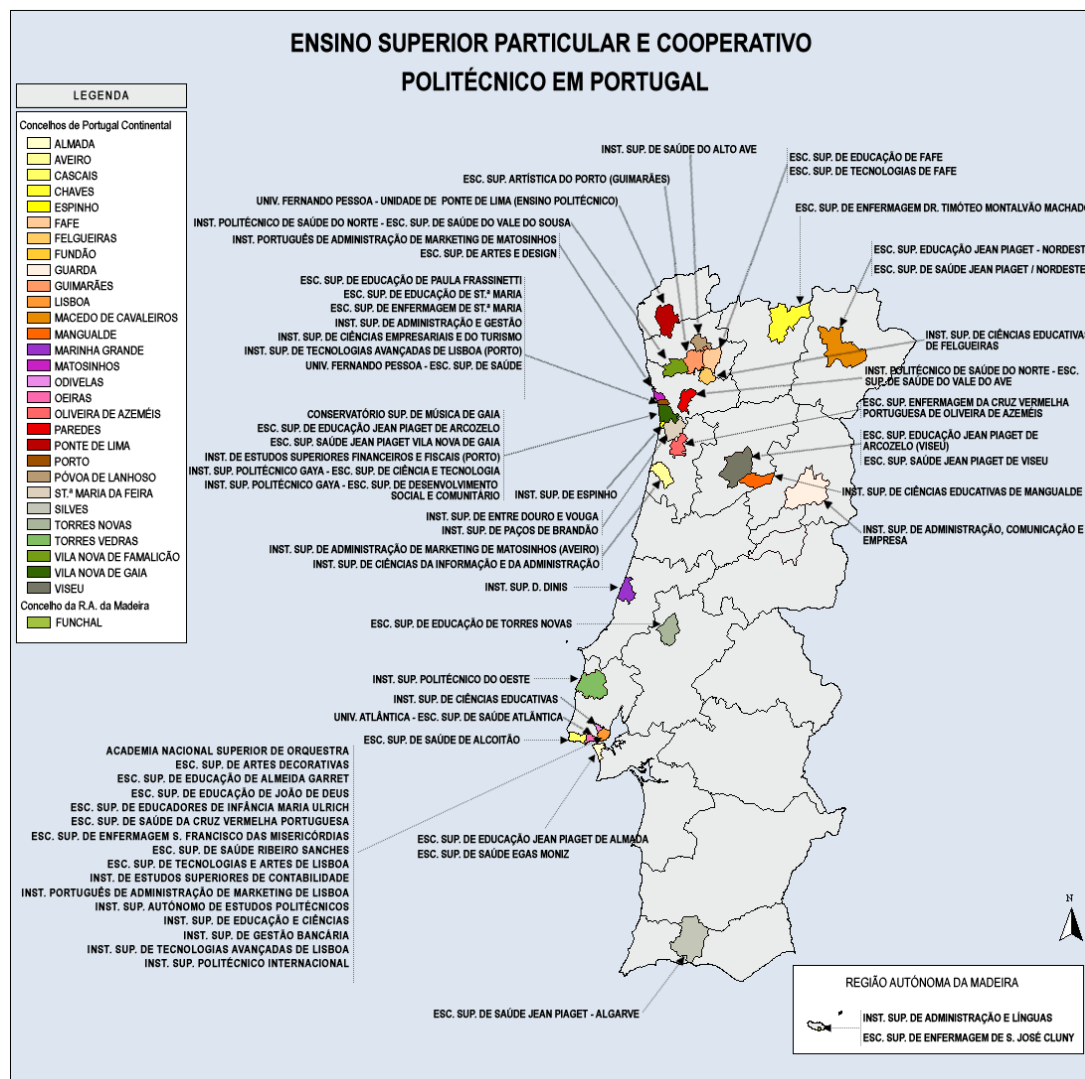
Figura 2 – Distribuição da rede de ensino superior particular e cooperativo universitário em Portugal.



Fonte: DGES, MCTES, (2009)¹⁷⁷.

¹⁷⁷ http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/E90CF511-1F6D-40CA-AB64-7E5945A42260/1347/mapa_PartPolit.gif 07.07.2009

Figura 3 – Distribuição da rede de ensino superior particular e cooperativo politécnico em Portugal.



Fonte: DGES, MCTES, (2009)¹⁷⁸.

178 http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/E90CF511-1F6D-40CA-AB64-7E5945A42260/1347/mapa_PartPolit.gif 07.07.2009

ANEXO 2



– Modelo de requerimento –

REGISTO PROFISSIONAL DE TÉCNICO DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

(nos termos dos artigos 4.º, 5.º e 7.º do Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de Agosto)

Ex.º Senhor
 Presidente do Conselho Directivo
 da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
 Av. João Crisóstomo, 11
 1000 – 178 Lisboa

Nome:

Cartão do Cidadão / BI / Passaporte n.º:

NIF:

Morada:

Telefone n.º:

Email:

(Ao colocar esta opção, os contactos destes Serviços serão feitos por email)

Habilitações literárias:

Diplomado em:

Data de conclusão:

Vem, por este meio, requerer a V. Ex.ª que lhe seja reconhecido o título profissional de _____, nos termos dos artigos 4.º e 5.º do Decreto-Lei n.º 30/99, de 11 de Agosto, e o respectivo registo profissional, nos termos do artigo 7.º do mesmo diploma.

Data: ____/____/____.

Assinatura: _____.

Anexos: – Fotocópia do bilhete de identidade ou cartão do cidadão ou passaporte;

- Fotocópia do cartão de contribuinte;
- Original ou fotocópia autenticada do diploma ou certificado de habilitações com nota e data de conclusão do curso;
- 1 fotografia original e actualizada, tipo passe;
- Pagamento da verba emolumentar no montante de 60€, à ordem de Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., acrescido de 1,85€, para portes de envio.

(Após a conclusão do reconhecimento e registo profissional, a informação sobre o nome e a área profissional do respectivo técnico de diagnóstico e terapêutica passam a constar da *Listagem do Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica*, em www.acss.min-saude.pt, podendo, no entanto, os titulares exercer o direito de oposição previsto na alínea a) do art. 12.º da Lei de Protecção de Dados Pessoais – Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro: «O titular dos dados tem o direito de: a) salvo disposição legal em contrário, e pelo menos nos casos referidos nas alíneas d) e e) do artigo 6.º, se opor em qualquer altura, por razões ponderosas e legítimas relacionadas com a sua situação particular, a que os dados que lhe digam respeito sejam objecto de tratamento, devendo, em caso de oposição justificada, o tratamento efectuado pelo responsável deixar de poder incidir sobre esses dados.»)



Administração Central do Sistema de Saúde, IP



www.acss.min-saude.pt | E-Mail: geral@acss.min-saude.pt

Sede: Av. João Crisóstomo, nº11 | 1000-177 Lisboa | Tel.: 217 925 800 | Fax: 217 925 848

Porto: Rua do Breiner, nº 121 | 4050 Porto | Tel.: 223 401 300 | Fax: 223 401 333

ANEXO 3

Quadro 1 - Pedidos de reconhecimento das qualificações profissionais de fisioterapeutas estrangeiros para exercício profissional em Portugal (2001 a 2006).

Fisioterapeuta (PT)							
Qualification obtained in (country of origin) ----->							
Decisions taken by host country ↓	BE	DE	ES	FR	IT	NL	TOTAL
Positive Automatic Sectoral Professions							0
Automatic recognition of professional experience ('crafts')							0
Positive Automatic General System (no compensation measures imposed)	4	5	76	4	1	5	95
Positive after aptitude test (general system)							0
Positive after adaptation period (general system)							0
Negative Automatic Sectoral professions							0
Negative Automatic General System and professional experience ("crafts")							0
Negative after aptitude test (general system)							0
Negative after adaptation period (general system)							0
Application being examined		1	1				2
Undergoing adaptation period							0
Appeal							0
Decisions taken by host country ↓	4	6	77	4	1	5	97
Total positive	4	5	76	4	1	5	95
 Total negative	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO 4

Quadro 2 - Pedidos de reconhecimento das qualificações profissionais de fisioterapeutas estrangeiros para exercício profissional no Reino Unido (1997 a 2007).

[illegible]

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?fuseaction=regProf.stats&RPId=1180

28.10.2009

ANEXO 5

Quadro 3- Países na Europa, nos quais a fisioterapia é regulada, com o nome da profissão usada em cada país.

Resultado da pesquisa por “*physiotherapist*”

ID	<u>Country</u> 	<u>Name of regulated profession</u>	<u>Recognition under Directive 2005/36/EC</u>	<u>Region</u>	<u>Statistics</u>
617	Austria	Physiotherapeutin / Physiotherapeut	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
160	Belgium	Kinésithérapeute / kinesitherapeut	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
11965	Bulgaria	Рехабилитатор	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
5347	Cyprus	Φυσιοθεραπευτής	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
7111	Czech Republic	Fyzioterapeut	Article 11 (b) primary application of General System	All regions	
380	Denmark	Fysioterapeut	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
729	Finland	Fysioterapeutti / fysioterapeut	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
238	France	Masseur-kinésithérapeute	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
954	Germany	Physiotherapeut/in Krankengymnast/in	Article 11 (c) primary application of General System (ex 92/51, Annex C, D and related modification)	All regions	
421	Greece	Physiotherapeftís (TEI)	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
583	Iceland	Sjúkrapjálfari	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
100	Ireland	Chartered Physiotherapist	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
1206	Italy	Fisioterapista	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
2575	Italy	Terapista della riabilitazione	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
12365	Latvia	Fizioterapeits	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
285	Liechtenstein	Physiotherapeut	Article 11 (b) primary application of General System	All regions	
2837	Liechtenstein	Heilgymnastiker	Article 11 (b) primary application of General System	All regions	
4812	Lithuania	Kineziterapeutas	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
348	Luxembourg	Masseur-kinésithérapeute	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
4736	Malta	Physiotherapist	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
815	Netherlands	Fysioterapeut	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	

3167	Netherlands	Oefentherapeut-cesar	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
3211	Netherlands	Oefentherapeut-mensendieck	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
2996	Norway	Fysioterapeut	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
6989	Poland	Fizjoterapeuta	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
1493	Portugal	Fisioterapeuta	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
5624	Slovakia	Fyzioterapia - zdravotnícky pracovník v kategórii asistent	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
5899	Slovakia	Diplomovaný fyzioterapeut - zdravotnícky pracovník v kategórii asistent	Level to be checked	All regions	
6072	Slovenia	Diplomirani fizioterapevt	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
460	Spain	Fisioterapeuta	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
2492	Sweden	Sjukgymnast	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	
10324	Switzerland	Physiothérapeute	Level to be checked	All regions	
1180	United Kingdom	Physiotherapist	Article 11 (d) primary application of General System	All regions	

Fonte: European Comission (2009). Pesquisa efectuada a 24.06.2009.

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?fuseaction=profession.regProfs&profId=1250 24.06.2009

Quadro 4 - Países na Europa, nos quais a fisioterapia é regulada, com o nome da profissão usada em cada país.

Resultado da pesquisa por “*physical therapist*”

ID	Country 	Name of regulated profession	Recognition under Directive 2005/36/EC	Region	Statistics
744	Finland	Naprapaatti / naprapat	Article 11 (c) primary application of General System (ex 92/51, Annex C, D and related modification)	All regions	

Fonte: European Comission (2009). Pesquisa efectuada a 24.06.2009.

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?fuseaction=profession.regProfs&profId=1370 24.06.2009.

ANEXO 6

Quadro 5 - Número de vagas por sub-sistema de ensino.

Subsistemas de ensino		1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09
Ensino Superior Público		34 306	36 873	40 704	43 293	46 243	48 042	49 355	49 740	46 408	47 138	47 433	47 365	49 584	51 081
Universitário	a)	20 817	21 945	23 057	24 596	25 946	26 847	27 281	27 441	25 681	26 068	26 129	26 163	26 702	27 013
Politécnico	b)	13 489	14 928	17 647	18 697	20 297	21 195	22 074	22 299	20 727	21 070	21 304	21 202	22 882	24 068
Ensino Superior Privado		37 286	43 561	44 935	45 955	45 312	36 088	35 915	35 690	34 022	34 130	36 498	36 782	36 646	38 364
Universitário	a)	26 161	30 503	31 724	32 156	31 143	24 559	24 370	23 595	22 458	22 808	24 311	24 277	23 351	24 750
Politécnico	b)	11 125	13 058	13 211	13 799	14 169	11 529	11 545	12 095	11 564	11 322	12 187	12 505	13 295	13 614
Total		71 592	80 434	85 639	89 248	91 555	84 130	85 270	85 430	80 430	81 268	83 931	84 147	86 230	89 445

ANEXO 7

Quadro 6 - Vagas e inscritos no 1.º ano pela 1.ª vez por Área de educação e formação, de 2000-2001 a 2007-2008.

Área de Educação e Formação	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Vagas	Insc.*	Vagas	Insc.*	Vagas	Insc.*	Vagas	Insc.*	Vagas	Insc.*	Vagas	Insc.*	Vagas	Insc.*	Vagas	Insc.*
Educação	9 656	8 570	9 291	6 970	8 806	6 228	7 189	4 820	5 715	3 844	5 836	3 654	5 227	3 578	3 894	3 147
Artes e Humanidades	8 374	6 838	8 602	6 451	8 597	6 640	8 216	6 396	8 208	5 947	8 584	6 085	9 117	7 193	9 313	8 283
Ciências Sociais, Comércio e Direito	27 973	23 381	27 573	22 455	26 683	23 505	24 849	21 366	25 680	20 555	27 054	18 824	26 883	24 910	28 068	27 039
Ciências, Matemática e Informática	7 687	6 299	7 687	5 678	7 610	5 519	6 956	4 934	7 083	4 454	6 979	4 250	7 163	5 248	6 977	6 008
Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção	16 260	14 164	16 142	13 252	16 000	13 679	15 159	13 136	15 095	12 393	15 417	10 990	15 081	13 431	15 682	17 011
Agricultura	1 920	1 582	1 860	1 222	1 755	1 063	1 454	844	1 283	936	1 233	909	1 201	1 221	1 247	1 595
Saúde e Protecção Social	7 634	7 492	9 315	9 382	10 910	11 043	11 584	11 794	12 945	12 287	13 435	12 368	13 912	13 668	14 764	14 511
Serviços	4 626	4 321	4 800	4 293	5 069	4 477	5 023	4 058	5 259	3 827	5 393	3 632	5 563	4 856	6 285	5 870
TOTAL	84 130	72 647	85 270	69 703	85 430	72 154	80 430	67 348	81 268	64 243	83 931	60 712	84 147	74 105	86 230	83 464

ANEXO 8

Quadro 6 - População total por grupo etário, sexo e nível de escolaridade completo.

1a. População total por grupo etário, sexo e nível de escolaridade completo										
Portugal	Sexo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Variação 2008/2007
										%
População total	HM	10 294,1	10 365,6	10 445,1	10 508,5	10 563,1	10 585,9	10 604,4	10 622,7	0,2
	H	4 971,1	5 009,0	5 052,0	5 087,4	5 115,2	5 125,0	5 133,1	5 141,3	0,2
	M	5 323,1	5 356,7	5 393,1	5 421,1	5 447,9	5 461,0	5 471,3	5 481,3	0,2
População com 15 e mais anos	HM	8 654,0	8 723,5	8 800,1	8 862,5	8 912,2	8 945,5	8 969,6	8 998,1	0,3
	H	4 131,6	4 167,9	4 208,8	4 242,7	4 268,0	4 283,4	4 293,6	4 308,3	0,3
	M	4 522,4	4 555,6	4 591,3	4 619,8	4 644,2	4 662,1	4 675,9	4 689,8	0,3
Menos de 15 anos	HM	1 640,1	1 642,2	1 644,9	1 645,9	1 650,8	1 640,4	1 634,9	1 624,6	-0,6
	H	839,4	841,1	843,2	844,7	847,2	841,6	839,5	833,0	-0,8
	M	800,7	801,1	801,8	801,3	803,6	798,9	795,4	791,6	-0,5
Dos 15 aos 24 anos	HM	1 445,8	1 408,1	1 372,0	1 336,5	1 312,8	1 274,6	1 237,9	1 221,3	-1,3
	H	734,1	715,5	697,8	680,6	668,6	648,7	630,9	623,6	-1,2
	M	711,7	692,6	674,2	655,9	644,2	625,9	607,1	597,7	-1,5
Dos 25 aos 34 anos	HM	1 575,7	1 603,0	1 631,4	1 657,5	1 656,2	1 652,8	1 646,0	1 627,5	-1,1
	H	789,4	804,5	820,5	835,6	833,9	832,9	828,1	821,1	-0,8
	M	786,4	798,4	810,9	821,9	822,4	819,9	817,9	806,4	-1,4
Dos 35 aos 44 anos	HM	1 496,9	1 516,6	1 537,4	1 555,1	1 563,5	1 572,9	1 576,1	1 583,2	0,5
	H	735,7	746,4	757,9	768,1	773,9	779,8	781,7	787,0	0,7
	M	761,1	770,2	779,6	787,0	789,5	793,1	794,4	796,2	0,2
Dos 45 aos 64 anos	HM	2 441,2	2 473,0	2 507,2	2 539,2	2 582,0	2 615,5	2 674,9	2 713,1	1,4
	H	1 164,3	1 181,5	1 200,1	1 218,2	1 239,3	1 256,4	1 286,3	1 304,0	1,4
	M	1 276,9	1 291,5	1 307,1	1 321,0	1 342,7	1 359,1	1 388,6	1 409,1	1,5
Com 65 e mais anos	HM	1 694,5	1 722,8	1 752,1	1 774,2	1 797,8	1 829,7	1 834,6	1 853,0	1,0
	H	708,2	719,9	732,5	740,2	752,4	765,6	766,7	772,7	0,8
	M	986,3	1 002,8	1 019,6	1 034,0	1 045,4	1 064,0	1 067,9	1 080,4	1,2
Dos 15 aos 64 anos	HM	6 959,6	7 000,7	7 048,0	7 088,3	7 114,5	7 115,8	7 135,0	7 145,1	0,1
	H	3 423,5	3 448,0	3 476,3	3 502,5	3 515,6	3 517,7	3 526,9	3 535,7	0,2
	M	3 536,1	3 552,7	3 571,7	3 585,8	3 598,8	3 598,1	3 608,0	3 609,4	0
Nível de escolaridade completo (15 e mais anos)										
Até ao básico - 3º ciclo	HM	7 049,9	7 090,9	6 992,3	6 878,5	6 848,5	6 795,2	6 796,5	6 776,8	-0,3
	H	3 407,5	3 444,0	3 402,0	3 355,6	3 345,6	3 319,1	3 320,1	3 309,1	-0,3
	M	3 642,4	3 646,9	3 590,3	3 522,9	3 502,9	3 476,1	3 476,4	3 467,7	-0,3
Secundário e pós-secundário	HM	1 013,8	1 021,8	1 094,2	1 154,1	1 215,1	1 249,3	1 245,5	1 250,9	0,4
	H	484,4	491,4	527,1	554,4	581,4	596,1	603,2	615,3	2,0
	M	529,4	530,4	567,1	599,6	633,7	653,1	642,2	635,6	-1,0
Superior	HM	590,3	610,8	713,7	829,9	848,7	901,0	927,6	970,4	4,6
	H	239,8	232,5	279,7	332,6	341,1	368,2	370,3	383,9	3,7
	M	350,5	378,4	433,9	497,3	507,6	532,8	557,3	586,5	5,2

Fonte: INE, Estatísticas do Emprego.

ANEXO 9

Quadro 7 - Metas Globais para o sistema de saúde.

Indicador	Situação actual	projecção 2010	Meta para 2010
Médicos especialistas por 100 000 habitantes ²	72	69	71
Médicos de medicina familiar por 100 000 habitantes ³	54	51,9	60
Médicos de saúde pública por 100 000 habitantes ³	3,9	3,2	5
Dentistas por 100 000 habitantes ¹	43	60	66
Farmacêuticos por 100 000 habitantes ¹	79	105	90
Enfermeiros por 100 000 habitantes ¹	347	420	500
Número de consultas com médicos de família por habitante/ano ³	2,7	2,8	3
Número de consultas médicas por habitante por ano: CSP + hospitais ³	3,5	3,7	4
Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas ³	0,9	0,8	< 0,8
% de primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares ³	24,7	26	33
Número de doentes saídos por cama hospitalar por ano ³	37,5	44	50
Demora média (dias) em internamento hospitalar ³	7,4	7	6
% de hospitais que utilizam <i>tableaux de bord</i> para gestão	Desconhecido	-	100
% de centros de saúde que utilizam <i>tableaux de bord</i> para gestão	Desconhecido	-	100
% de utentes muito satisfeitos/satisfeitos com o Sistema de Saúde ⁴	24	-	50
Health impact assessment	Desconhecido	-	Será rotina

(1) Os dados da situação actual referem-se a 2000 - European Health for All Database. WHO Regional Office for Europe, 2003

(2) Os dados da situação actual referem-se a 1998 - OCDE Health Data 2003. Paris: OCDE, 2003

(3) Os dados da situação actual referem-se a 2002 - DGS - DSIA.

(4) Os dados da situação actual referem-se a 1999 - Eurobarómetro - OCDE Health Data 2003. Paris: OCDE, 2003.

Fonte: DGS, 2004:76.